

DESENVOLVIMENTO DE CARREIRA E SAÚDE MENTAL

Trabalho realizado no âmbito da disciplina de Orientação Escolar e Profissional I, do 4.º ano da licenciatura de Psicologia da Universidade da Beira Interior, Portugal

2007

David Nogueira

Finalista da licenciatura em Psicologia, área do Trabalho e das Organizações,
na Universidade da Beira Interior
davidnogueira@hotmail.com

Luís Pereira

Finalista da licenciatura em Psicologia, área do Trabalho e das Organizações,
na Universidade da Beira Interior
luispereira.org@gmail.com

Moisés Ferreira

Discente da licenciatura em Psicologia, área Clínica,
na Universidade da Beira Interior
ms16735@hotmail.com

RESUMO

A incidência de patologias relacionadas com perturbações de Saúde Mental tem vindo a aumentar ao longo do tempo, tanto por causas exclusivamente patológicas, como devido às exigências e pressões características da sociedade contemporânea. Como se pode inferir, esta situação tem afectado, numa progressão exponencial, os indivíduos em idade activa e consequentemente o seu Desenvolvimento de Carreira, tornando-se este elemento um desafio recente para os profissionais de orientação vocacional. O presente artigo pretende compilar as perturbações de Saúde Mental mais comuns e encontrar estratégias, aspectos a ter em conta e especificidades características de cada uma.

Palavras-chave: Saúde Mental, Orientação Vocacional, Carreira, Desenvolvimento de Carreira, Estratégias

BREVE INTRODUÇÃO

O presente artigo considera de que forma a Saúde Mental (ou ausência desta) influencia o *Desenvolvimento de Carreira*. Inicialmente proceder-se-á a uma breve contextualização teórica de ambos os conceitos, incluindo a sua caracterização e definição. Posteriormente serão analisados que tipos de estratégias e intervenções poderão possuir um cariz mais adaptativo consoante a idiosincrasia do indivíduo e da patologia inerente, conceptualizando como objectivo o *Desenvolvimento de Carreira*, bem como os factores que estão associados. Será simultaneamente abordado o papel contemporâneo dos profissionais de orientação vocacional em todo este processo.

Desenvolvimento de Carreira: a evolução de um conceito

Herr (2001) revela que, o uso do termo *Desenvolvimento de Carreira* como descritivo dos factores e dos processos que influenciam o comportamento individual na carreira, bem como da intervenção realizada nesse comportamento (e.g. a prática do desenvolvimento da carreira) é relativamente recente. Fundamentando, Sears (1982, cit. in Herr, 2001) refere que o termo *Desenvolvimento de Carreira*, como usado pelo *National Career Development Association* (NCDA), tem vindo a descrever crescentemente, desde o final do século XX, tanto os factores psicológicos, sociológicos, educacionais, físicos, económicos e de oportunidade, que combinados moldam o comportamento individual na carreira ao longo da vida, como as intervenções ou práticas que são utilizadas para “*optimizar o Desenvolvimento de Carreira de uma pessoa ou para habilitar essa pessoa a realizar decisões efectivas na carreira*” como referido por Spokane (1991, p. 22, cit. in Herr, 2001).

Herr (2001) divulga que, inerente ao uso do termo *Desenvolvimento de Carreira* estão dois tipos de teorias ou categorias conceptuais, explorando uma delas o desenvolvimento do comportamento na carreira ao longo do período de vida, ao passo que a segunda descreve como o comportamento de carreira é alterado por intervenções particulares. Este autor ressalva que acerca do uso contemporâneo deste termo, é simplesmente importante estabelecer os termos (e.g. profissões) que estão envolvidos.

A utilização do termo *carreira* e do termo *desenvolvimento* em conjunto surgiu em finais da década de 1960, e geralmente eram utilizados com o intuito de descrever o desenvolvimento vocacional ou psicologia vocacional e não como *Desenvolvimento de Carreira*, como exposto por Herr (2001). A nível das perspectivas históricas, o autor considera a questão do *Desenvolvimento de Carreira trimestral* útil para reconhecer quem acredita na evolução em vez

da revolução, como origem da prática no *Desenvolvimento de Carreira*, estando as sementes para o futuro no presente e no passado.

Desta forma, Herr (2001) considera que a prática do *Desenvolvimento de Carreira* em pleno século XXI, será construída e distribuída mais uniformemente por todo o mundo, refinando aquilo que foi aprendido e implementado no século XX.

Williamson (1965) e Dumont e Carson (1995), citados por Herr (2001) ao analisarem a origem da prática do *Desenvolvimento de Carreira*, observaram que esta provém da antiguidade, mormente a forma como as sociedades dessa época ajudavam as pessoas a escolher o seu trabalho, ou atribuíam o trabalho à pessoa de acordo com a sua classe ou casta, tendo concluído que as teorias e técnicas que constituem as abordagens actuais procedem do final do século XIX e principio do século XX.

É por esta altura, enquadrado no contexto da revolução industrial, que surge, nos Estados Unidos, o que foi inicialmente identificado como orientação vocacional, como divulga Herr (2001), que pretendia responder às necessidades criadas (e.g. fornecer informação às pessoas que lhes permitisse identificar e ter acesso a profissões emergentes neste período) fortalecendo e incrementando o nível de educação vocacional. Consequentemente a orientação vocacional começa a proliferar, com o surgimento de formas rudimentares de orientação, em escolas e em centros comunitários.

Diversos factores influenciaram o desenvolvimento da orientação vocacional, como explicita Herr (2001), nomeadamente os processos de industrialização, urbanização, e imigração, entre outros, como a preocupação com uma educação apropriada das crianças e um posicionamento efectivo dos adultos numa estrutura ocupacional dinâmica, diminuindo o *gap* entre a escolaridade e a realidade do mundo adulto.

Partindo deste pressuposto, Herr (2001) refere autores como Brewer (1942), Cremin (1964) e Stephens (1970) que contribuíram para o desenvolvimento da orientação vocacional (e.g. ao identificarem condições fundamentais para a orientação, como a divisão do trabalho, o desenvolvimento tecnológico, a extensão da educação vocacional e a expansão de modernas formas de democracia), considerando-os como os fundadores da orientação vocacional nos Estados Unidos. No entanto o autor aponta Parsons, autor do livro *Choosing a Vocation em 1909*, como o pai do movimento da orientação vocacional e arquitecto do processo de aconselhamento vocacional. Parsons (1970, p. 39, cit. in Herr, 2001) acusou a política educacional baseada em aprendizagem através de manuais, advogando que “*o trabalho com manuais devia ser complementado com educação industrial; e as crianças deveriam passar parte do tempo em classes de cultura e em ciência industrial*”.

Para responder a estas questões e problemas – relativos à dignidade humana; o corresponder efectivo de pessoas e profissões – foram, segundo Herr (2001), criados os primeiros modelos de orientação e aconselhamento vocacional. Estes procedimentos eram perspectivados

como métodos, simultaneamente práticos e humanos, para ajudar as pessoas a estarem identificadas com as necessidades da estrutura ocupacional, preservando a racionalidade e ordem dessas escolhas e o poder destas pessoas em tomar decisões acerca das opções de trabalho disponíveis. No entanto a ciência aplicável e a teoria existente acerca do *Desenvolvimento de Carreira* era notoriamente pobre, sendo colmatada com os trabalhos de Alfred Binet (testes de inteligência), Spranger (tipos de personalidades em relação aos diferentes tipos de profissões), Munsterberg (escolha ocupacional e performance do trabalhador), Davis e Weaver (problemas educacionais e de carreira em estudantes) e Parsons (paradigma de três passos que sustentou o desenvolvimento da orientação vocacional na primeira metade do século XX) como revela Herr (2001). O paradigma de Parsons (1909, p. 5, cit. in Herr, 2001) pressupunha em “*primeiro lugar um entendimento claro de si próprio, das aptidões, habilidades, interesses, recursos, limitações e outras qualidades; em segundo o conhecimento dos requerimentos e condições para o sucesso, vantagens e desvantagens, compensações, oportunidades e prospectos em diferentes aspectos do trabalho; e por ultimo, um raciocínio verdadeiro sobre as relações entre este dois grupos de factos*”.

Herr (2001) ressalva contudo a dificuldade de Parsons em aplicar os princípios da sua teoria, uma vez que não possuía testes padronizados de aptidões nem inventários de interesses. Para superar estas limitações, Parsons enfatizava a observação das características do cliente e o *coaching* deste num estudo compreensivo de si e das oportunidades de trabalho disponíveis (através de listas extensivas de questões para promover a introspecção do cliente acerca dos seus gostos, limitações, competências, etc., e a forma de como tomar a decisão de acordo com a informação que possui). De acordo com o autor, algumas destas técnicas ainda são utilizadas actualmente.

Engles, Minor, Sampson, e Splete (1995) consideram que o *Desenvolvimento de Carreira* e a escolha de carreira são de importância vital para os *counselors*, mas ainda mais para os clientes aconselhados, revelando diversas perspectivas de observar, descrever, explicar e facilitar a mesma, existindo actualmente muitas definições, teorias, abordagens e estratégias de, e para, aconselhamento ou orientação ao nível da carreira.

Deste modo, Engles, Minor, Sampson, e Splete (1995) definem *Desenvolvimento de Carreira* como uma série de intervenções gerais e específicas ao logo da vida do indivíduo, que lidam com problemáticas relacionadas com a auto-compreensão; alargando os horizontes deste; selecção do trabalho; desafio; satisfação, e outros aspectos intra-pessoais; comportamento no local de trabalho; comunicação e outros fenómenos inter-pessoais; questões relacionadas com o estilo de vida, como o equilíbrio entre trabalho, família e lazer. Desta forma, e segundo os autores, o aconselhamento ao nível da carreira envolve primariamente o planeamento desta e a tomada de decisão que engloba outras matérias, como a integração entre o trabalho, a família e o papel social, a discriminação, o stress, o assédio sexual, o preconceito, o estereótipo e injustiças ao nível salarial.

Os autores revelam que, embora a preocupação central dos *counselors* esteja subjacente à relação das pessoas com o trabalho, cada vez mais os *counselors* seguem abordagens desenvolvimentistas, ajudando os clientes a perspectivar o trabalho como parte integrante da sua vida e mais um dos seus papéis sociais.

É unânime, de acordo com Engles, Minor, Sampson, e Splete (1995), que os *counselors* de carreira devem possuir competências especializadas ao nível da educação geral e especializada, conhecimento e habilidades ao nível da identificação de competências, bem como padrões éticos bem definidos assim como apuradas competências de aconselhamento. Os autores ressaltam ainda que o *counselor* deve compreender a complexidade e a natureza dinâmica do mundo em geral, e identificar as inter-relações e interdependências ao nível dos campos da saúde mental, bem como os seus papéis complementares, objectivos, competências e forças em particular. É cada vez mais essencial que “os *counselors* e todos os praticantes do *Desenvolvimento de Carreira* compreendam a *big picture* e pensem acerca das questões e modelos programáticos, de forma a facilitar o desenvolvimento pessoal e da carreira” (1995, p. 134).

O Academic Staff da *University of New South Wales* (UNSW), em 2003, aponta três factores fundamentais de qualquer esquema de *Desenvolvimento de Carreira*, nomeadamente:

- Identificação dos objectivos do trabalho que funcionam como base às aspirações na carreira e à direcção estratégica organizacional;
- Acesso a oportunidades de desenvolvimento;
- Apoio e feedback na consecução dos objectivos acordados.

Estes autores definem *Desenvolvimento de Carreira* como um processo vitalício de desenvolvimento de habilidades, conhecimento e atributos. O *Desenvolvimento de Carreira* pode funcionar como suporte para os requisitos da posição actual, assim como focalizar-se no desenvolvimento profissional que permite encarar futuras oportunidades na carreira.

Uma definição mais completa é fornecida por Maddy-Bernstein (2000, p.2) que postula que o *Desenvolvimento de Carreira* “é o total da constelação entre o psicológico, o sociológico, a educação, o físico, o económico e os factores de sorte que combinam para influenciar a natureza e significância do trabalho no total do período de vida de qualquer indivíduo”.

Engles, Minor, Sampson, e Splete (1995) consideram que o *Desenvolvimento de Carreira*, embora seja uma responsabilidade individual que não pode ser delegada, é responsabilidade dos indivíduos, dos pais, dos educadores, dos empregadores e dos líderes no sector público e privado. Apesar de esse desenvolvimento ocorrer com pouca ou nenhuma assistência por parte dos outros, muitas pessoas beneficiam de ajuda especializada que os ajudam a consciencializarem-se da sua responsabilidade no desenvolvimento da sua carreira.

Conceito de Saúde Mental

Relativamente à definição de Saúde Mental, que é o outro tópico fulcral para compreensão deste trabalho, sempre tem sido alvo de diversas críticas dada a natureza subjectiva de que esta se rodeia, ao variar consoante a disparidade de valores transversalmente a países, culturas, classes, géneros, que podem influenciar em grande medida a aplicação e validade da mesma.

Tendo em conta esta desvantagem a autoridade máxima mundial em termos de saúde, a World Health Organization, em 2001, postulou a definição de Saúde Mental da seguinte forma: *“estado de bem estar no qual o individuo realiza as suas próprias capacidades, consegue lidar com os stresses normais da vida, consegue trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade”* (2001, p. 1, cit. in WHO, 2004), indo de encontro à definição da VicHealth, postulada dois anos antes (1999, cit. in Victorian Health Promotion Foundation, 2005) referindo que a Saúde Mental é *“a incorporação do bem estar social, emocional e espiritual, providenciando o indivíduo com a vitalidade necessária para uma vida activa, de modo a alcançar objectivos e interagir mutuamente com outros indivíduos, em formas que são respeituosas e justas”*.

A partir da análise destas duas definições é passível comprovar-se que o correcto diagnóstico diferencial entre Saúde Mental positiva e doença mental é complexo, levando a Victorian Health Promotion Foundation (2005) a afirmar que os aspectos relacionados com a Saúde Mental e bem estar social são mais complexos do que os respeitantes à saúde física, devido à subjectividade cultural que lhe está inerente e à incapacidade de analisar aspectos expressamente tangíveis como é o caso das patologias físicas. A subjectividade cultural, segundo Secker (1998), deve-se ao facto de a Saúde Mental não ser apenas perspectivada a partir de uma componente puramente psicológica e médica mas também tendo em conta a ideologia predominante inerente à sociedade ocidental em que nos encontramos, facto este corroborado também por Vaillant (2003) ao afirmar que a Saúde Mental parece ser predominantemente avaliada em termos de valores culturais do que propriamente pela ciência, dando um ênfase primordial ao facto de que o diagnóstico deste pode depender da localização geográfica, valores culturais e momento histórico.

Os três factores descritos por Vaillant (2003) possuem uma influência directa no modo idiossincrático de o indivíduo de encarar o mundo, e inerentemente a funcionalidade ou não deste, já que os indivíduos, segundo Greenblatt (1984) se regem por um conjunto de princípios, valores, aspectos éticos, ideais filosóficos e religiosos e códigos específicos de conduta de modo a dar algum tipo de sentido às suas vidas, que derivam directamente da cultura em que estão integradas assim como a fase histórica que essa comunidade atravessa.

Provavelmente derivado à subjectividade inerente ao conceito de Saúde Mental esta tem sido conceptualizada num número diferenciado de componentes, como é o caso da divisão terciária que Secker (1998) efectua ao se apoiar na componente de aptidão de resolução de problemas de Parkins, de 1994, na componente de competências sociais, descrita por Bosma e Hosman, em 1991, e na componente de autonomia/mestria, definida por Evans em 1992. A conceptualização de Secker (1998) é totalmente diferenciada da de Greenblatt (1984), autor este que postula uma divisão mais básica tendo como pedras basilares a componente biológica, a psicossocial e a existencial (referente ao sentido da vida), defendendo que seriam estes factores os principais contribuidores e indicadores de Saúde Mental positiva ou algum tipo de perturbação.

Apesar de algo antiga, a conceptualização de Greenblatt (1984) vai de encontro aos componentes referenciados pela WHO (2004), que defende a multiplicidade e interdependência de factores determinantes de Saúde Mental, dando primordial destaque ao factor social, psicológico e biológico. De realçar ainda Greenblatt (1984) que, apoiado nos seus estudos afirmou que o stress psicossocial, em qualquer período da vida, pode prejudicar o bem-estar e produtividade, incrementando as probabilidades de se vir a padecer de uma doença física ou mental.

Por sua vez Vaillant (2003) opta por uma abordagem mais abrangente de Saúde Mental em 6 componentes empíricas diferenciadas: acima do normal, psicologia positiva, maturidade, inteligência social ou emocional, bem-estar subjectivo e resiliência. Este autor acenta a sua teoria na defesa de que Saúde Mental não se trata apenas da ausência de sintomatologia patológica, nem do oposto de Doença Mental, já que, e segundo Vaillant (2003), aceitar este pressuposto seria subestimar o potencial humano.

A correcta integração das diferentes conceptualizações de Saúde Mental e o alcance de um consenso (mesmo que não seja total) é fulcral devido à sua importância na dinâmica societal e na funcionalidade quotidiana do indivíduo, já que, e tal como explicitado por Underwood-Gordon (1999, cit. in World Health Organization, 2004):

- A Saúde Mental é essencial para o bem-estar e funcionalidade individual.
- Uma boa Saúde Mental é um recurso importante para indivíduos, famílias, comunidades e nações.
- A Saúde Mental, como uma parte inseparável da saúde geral, contribui para as funções da sociedade e tem um efeito positivo na produtividade.
- A Saúde Mental abrange a generalidade da população e tem repercussões no quotidiano em todos os locais quer sejam laborais, lúdicos ou de aprendizagem.
- Saúde Mental positiva contribui para o capital social, humano e económico de todas as sociedades.

No interesse da compreensão deste trabalho é também necessário abordar a ausência de total Saúde Mental, ou seja, a denominada Doença Mental, que a Health Canada (2006) define como um condicionante que produz um impacto sério na capacidade da pessoa desempenhar comportamentos funcionais, durante um longo período de tempo, podendo não ter capacidades para lidar com aspectos simples do quotidiano. Esta pode assumir várias formas tais como: perturbações de humor, esquizofrenia, perturbações de ansiedade, perturbações de personalidade e perturbações relacionadas com a alimentação, sendo a maioria destas formas abordadas de uma forma mais aprofundada no decorrer deste trabalho.

A Health Canada (2006) aponta também prováveis causas para o surgimento deste tipo de sintomatologia e patologia, sendo elas: predisponentes genéticos, traços de personalidade, estatuto sócio-económico e acontecimentos marcantes.

Outra instituição canadiana, mormente a Canadian Mental Health Association (n.d.) reúne por tópicos os indicadores mais significantes da provável presença de uma doença mental, sendo eles:

- Personalidade marcada modifica-se durante o tempo;
- Pensamentos confusos e ideias de grandiosidade;
- Sensações prolongadas de depressão e/ou apatia;
- Sensações de “altos e baixos” extremos;
- Ansiedade exacerbada, medos de raiva ou suspeita;
- Isolamento social, incremento de egocentrismo;
- Abuso de substâncias;
- Negação de problemas óbvios e forte resistência a ofertas de ajuda;
- Pensamentos e conversas tendo como suporte a ideação suicida;

Saúde Mental e Desenvolvimento de Carreira

Relativamente às implicações da saúde mental no *Desenvolvimento de Carreira*, Botterbusch (2000) revela que a incapacidade associada a problemas sociais como o isolamento, o desemprego, a falta de educação e défice de “experiências normais” pode resultar em baixa maturidade ao nível da carreira. Um estudo conduzido por Botterbusch e Menz (1995, cit. in Botterbusch, 2000) demonstrou que num grupo de 187 pessoas com incapacidade psiquiátrica, de entre os que estavam a trabalhar, todos tinham uma ocupação não qualificada ou parcialmente qualificada. Deste modo, segundo Botterbusch (2000), este leque restrito de ocupações impede ou limita o Desenvolvimento de Carreira.

A um nível prático, Botterbusch (2000) desenvolveu um estudo em que pretendia aquilatar as implicações práticas de alguns padrões de *Desenvolvimento de Carreira* entre profissionais com incapacidade psiquiátrica, das quais se destaca que quando se desenvolvem planos vocacionais com este tipo de população não se deve assumir que a idade de começo da incapacidade psiquiátrica é preditora do desempenho futuro, uma vez que pessoas, independentemente de quando é o começo – tanto antes como depois da educação superior – são capazes de desempenhar ocupações profissionais e semi-profissionais com sucesso.

Burlew (1997, cit. in Caporoso, & Kiselica, 2004) enfatiza que os *counselors* devem observar como as questões pessoais e da carreira interagem e como poderão afectar a carreira do indivíduo com doença mental.

O trabalho ajuda a definir a identidade de uma pessoa, uma vez que fornece uma estrutura ao seu dia – dando-lhe algo para fazer – obtendo ainda sustento, como referido por Kaley-Isley (1997, cit. in Caporoso, & Kiselica, 2004). A interacção entre os papéis estabelecidos, tanto pessoais como de carreira, faz a ponte entre a satisfação no trabalho e a satisfação com a vida.

Um processo de aconselhamento com um indivíduo com doença mental pode passar pelas seguintes fases, como referem Caporoso e Kiselica (2004): revisão da informação relativa ao cliente; avaliação; e objectivos e processo de aconselhamento.

Um estudo de Fabian (2000) sobre as implicações dos indivíduos com doença mental e a SCTC, aponta para a necessidade de desenvolver novas abordagens para compreender a performance vocacional, enfatizando também a importância do constructo de auto-eficácia como preditiva dos interesses de carreira, escolha, performance, persistência e comportamento, como referido por Lent et al. (1994) e Coon-Carty (1995, cit. in Fabian, 2000). Estes dados, segundo Fabian (2000) apontam para a necessidade de examinar o efeito do treino das competências vocacionais e experiências com programas de trabalho para modificar as crenças de auto-eficácia.

Andrews e Kristy (2006), recorrendo aos seus estudos, relatam que a depressão e fobias simples, patologias correspondentes a perturbações de humor e ansiedade, respectivamente, são as patologias consideradas mais comuns na população trabalhadora, encontrando-se mais constantemente associadas à perda de produtividade durante o horário laboral do que com o absentismo. Absentismo este que, segundo estudos desenvolvidos pela World Health Organization (2003, cit. in Victorian Health Promotion Foundation, 2005), é causado, na ordem dos 35% e 45%, por problemas de Saúde Mental.

É em muito devido a estes factores que Caporoso e Kiselica (2004, p. 235) afirmam que “*pessoas que têm doenças mentais severas continuam a ser estigmatizadas e negligenciadas dados os numerosos mitos acerca desta população*”, estigmas sociais estes que, de acordo com Donnelly e McGiloway (2000) são responsáveis pela limitação de oportunidades, oferecidas a indivíduos com perturbações de Saúde Mental, para entrar ou reentrar no mercado de trabalho.

Carporoso e Kiselica (2004) explicitam que alguns desses mitos dizem respeito ao suposto perigo que esta população representa ou à ideia de não terem a capacidade de possuir um emprego por longos períodos de tempo. Apesar de os técnicos da área da psiquiatria enfatizarem a importância da implementação de estratégias de *Desenvolvimento de Carreira* junto da população com perturbações de Saúde Mental, como um importante objectivo terapêutico, as estatísticas do desemprego nestas populações atingem os 85%, tal como referenciado por Garske e Stewart (1999, cit. in Carporoso e Kiselica, 2004).

Como referido, e reforçado por Garske e Stewart (1999, cit. in Caporoso, & Kiselica, 2004), indivíduos com doença mental tendem a ser mais desempregados e a experienciar um sentimento de si diminuído, possuindo pouco suporte social, o que implica uma experiência e um sucesso limitado nos diversos papéis da vida. Deste modo, segundo Caporoso e Kiselica (2004) estes indivíduos necessitam de ajuda adicional para compreender os seus papéis de vida e as decisões que têm de tomar acerca do estilo de vida, das amizades e actividades de lazer que gostariam de ter.

No entanto vários esforços têm vindo a ser efectuados, tal como defendem Bishop, Mulvihill e Tschopp (2001), referindo que durante os últimos 30 anos um movimento procurou desinstitucionalizar indivíduos que padecessem de perturbações do foro mental, tendo como principal objectivo a sua integração total na comunidade, já que até então, tal como explícito por Flynn (1994, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001) a sociedade “confiava” nas grandes instituições públicas para fornecerem os cuidados necessários a este tipo de população.

Com a consequente desinstitucionalização cerca de 80% de indivíduos com perturbações a nível da Saúde Mental vivem no seio da sua comunidade, facto que contribuiu para a consciencialização da sociedade que este grupo de específico possui necessidades muito específicas a nível “residencial, vocacional, educacional e social”, tal como explícito por Anthony (1994, p. 525, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001). No entanto Fabian (1999, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001) relata que o objectivo não foi alcançado, principalmente no campo da integração vocacional.

Este fracasso pode ser explicado com as consequentes barreiras levantadas ao processo de assimilação deste tipo de população no seio da comunidade, e consequente integração no mundo laboral. Bond e McDonel (1991, cit. in Carporoso e Kiselica, 2004), identificaram as atitudes negativas como uma das barreiras ao processo de integração, dado que encontraram evidências que essas mesmas atitudes relativas a indivíduos com perturbações de Saúde Mental são transversais a todos os níveis sociais e consequentemente altamente discriminantes, em qualquer circunstância. Herr e Cramer (1996, cit. in Carporoso e Kiselica, 2004) corroboraram os achados de Bond e McDonel ao revelarem estudos que indicavam que os profissionais laborais, empregadores, clientes e mesmo familiares do indivíduo com perturbação de Saúde Mental perspectivavam-no como inapto para o trabalho.

Garske e McReynolds (2005) explicitam que, de modo a reduzir as perspectivas negativas acerca do indivíduo com doença mental existem três métodos primários que visam a intervenção no estigmatismo social. A primeira estratégia denominada “Protesto” visa “*suprimir as atitudes e comportamentos estigmatizantes ao ensinar os indivíduos a não considerarem ou pensarem acerca dos estereótipos negativos*” (p. 32). Segundo os mesmos autores a segunda estratégia passa pela “Educação”, tendo como objectivo fornecer informação à comunidade acerca de características específicas e factuais acerca das perturbações de saúde mental. Finalmente, Garske e McReynolds (2005) indicam que a terceira estratégia de intervenção é a promoção de contacto social entre o indivíduo com uma doença mental e a sua comunidade, dado que defendem tratar-se de um método que inviabiliza e refuta crenças irracionais e infundamentadas acerca da doença mental, sendo que Corrigan e Penn (1999, cit. in Garske e McReynolds, 2005) sustêm que esta última estratégia de intervenção é a mais promissora, tendo em conta os resultados positivos que tem vindo a demonstrar. Esses resultados positivos são passíveis de comprovar na medida em que uma maior exposição da comunidade às características do indivíduo com doença mental, reflecte-se na redução de percepção de perigo e, igualmente, uma redução no desejo de distanciamento social relativamente a esses indivíduos (consideradas duas das reacções mais comuns na estigmatização social das perturbações de saúde mental).

De modo a “combater” as atitudes sociais e comunitárias que se apresentam como barreiras à integração do indivíduo, numa perspectiva não tanto individual mas sim institucional (a estratégia anteriormente referida possui um enfoque individual) Lal e Mercier (2002) enfatizam que programas de intervenção que remetem para a consideração de barreiras correspondentes à própria incapacidade do indivíduo e relativas ao seu ambiente têm demonstrado uma maior eficácia no campo dos resultados laborais. Contudo os mesmo autores apontam que um programa com cariz tão global como o apresentado não pode ser levado a cabo por um único sistema mas sim por uma interdependência e complementariedade entre uma panóplia de sectores. Lal e Mercier (2002) de forma a fundamentar a explanação de um programa inter sectoral explicitam o ISWIP (InterSectoral Work Insertion Program), sendo uma intervenção baseada primordialmente em 5 sectores basilares, mormente a consideração da saúde mental, a orientação vocacional, a comunidade, o governo municipal e as características idiossincráticas do indivíduo. Especificamente relativamente ao programa de intervenção ISWIP este é implementado com base num acordo entre instituições pertencentes aos sectores anteriormente referidos. Como exemplo: os trabalhadores são contratados para um emprego de 6 meses para realizar tarefas no campo da horticultura ou da paisagística, recebendo renumeração correspondente à sua tarefa, tendo ainda direito a um bónus proveniente da política do programa acordado. Dando outro exemplo, este relativo ao próprio acordo entre sectores: uma comunidade pode efectuar uma parceria com um hospital em que estes chegam ao acordo de que se o

recrutamento de pessoal por parte do hospital atingir uma determinada percentagem, a comunidade disponibiliza terrenos e recursos materiais.

Lal e Mercier (2002) defendem que os diferentes acordos possibilitam ao indivíduo que este pratique uma rotação de emprego, situação esta que incrementa a ocorrência de situações de exposição social, diversidade laboral e conseqüentemente aumentam a possibilidade de integração social do indivíduo.

Para além dos componentes psicossociais e relacionais Hall e Flynn (1997, cit. in Carporoso e Kiselica, 2004) encontraram defeitos nos próprios programas vocacionais, que não incitam ao *Desenvolvimento de Carreira* por parte do indivíduo, dando o exemplo dos serviços prestados de acordo com o Smith – Fess Act, que são limitados temporalmente e são elaborados no pressuposto de que se uma pessoa obtém emprego, conseqüentemente não necessitará acompanhamento ou qualquer tipo de serviços por parte do programa vocacional.

Também Katz (1991), MacDonald-Wilson, Revell, Nguyen e Peterson (1991), citados por Fabian (1999), colocam dúvidas na capacidade dos serviços existentes para suprimir as necessidades de pessoas com perturbações mentais sérias que procuram emprego. Muitos dos serviços de orientação são providenciados numa perspectiva comunitária, sendo similares dado que são “usados” por *counselors* estatais para implementar as suas estratégias de reabilitação. Outro dos factores que contribui para a similariedade das estratégias de orientação é a disseminação generalizada de abordagens populares, tais como: “colocação individual e suporte” ou “colocação transicional”, quando, pelo que os autores defendem, neste âmbito, e devido à especificidade da problemática a trabalhar, é necessária uma adaptação idiossincrática dos modelos e não uma uniformização generalizada de aplicação.

É com a presente ideia de adaptabilidade que Donnelly e McGilloway (2000) relatam que de 1990 a 2000 se assistiu a uma rápida expansão de serviços que tentam ir de encontro às necessidades das pessoas com a problemática em questão. Estes serviços são extremamente variados, mas dos quais se podem destacar: programas com apoio hospitalar, trabalho protegido, gestão assertiva de casos, reabilitação psicossocial, emprego apoiado e counselling e formação, aos quais Szymanski (2000, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001) adiciona o treino de aptidões e aconselhamento de carreira, o foco em aspectos específicos da incapacidade demonstrada, o empowerment de aptidões adaptativas tendo em conta a sua patologia, reabilitação psicossocial, resolução de problemas assistida (com a ajuda da comunidade, entidade empregadora, família, entre outros).

Relativamente ao Emprego Apoiado o Acto da Reabilitação Vocacional de 1992 define-o da seguinte forma: “*os clientes trabalham para um salário (de preferência correspondente ao rácio normativo de salário); são empregados regulares em contextos integrados (e em contacto regular com trabalhadores sem qualquer tipo de handicap) e recebem suporte contínuo.* (Becker,

Bond, Drake & Vogler, 1997, p. 268), sendo que o Federal Register, em 1992, e citado pelos mesmos autores, reforça a ideia de que o Emprego Apoiado é especialmente projectado para indivíduos que não preenchem os requisitos para os serviços tradicionais de orientação vocacional.

O Emprego Apoiado permite aos indivíduos uma maior flexibilidade, incitando fases de experimentação, situação óptima para diferentes grupos de indivíduos com incapacidades a nível de saúde mental. Contudo a panóplia emergente da diferenciação entre os grupos supra referidos espelha-se na não padronização de programas de Emprego Apoiado, de modo a providenciar uma adaptação idiossincrática da estratégia ao indivíduo. Apesar da notória ausência de consenso e linhas orientadoras relativas ao Emprego Apoiado, muitos dos programas apoiados nesta fundamentação prática enfocam a sua intervenção na implementação de etapas diferenciadas no processo, tais como: treino pedagógico de experiências pré vocacionais (Gerverey & Bedell, 1994, cit. in Becker, Bond, Drake & Vogler, 1997), procura assistida de emprego (Bond, Dietzen et al., 1995, cit. in Becker, Bond, Drake & Vogler, 1997), coaching, conciliação com posições protegidas e transicionais, entre outras.

É importante realizar uma distinção entre Emprego Apoiado e Treino Pré-Vocacional, visto que são ambos dois programas de intervenção utilizados nesta orientação.

Tabela 1 → Diferenças entre treino pré-vocacional e emprego apoiado (Harris, & Rose, 2005)

Diferenças entre treino pré-vocacional e emprego apoiado		
	Treino pré-vocacional	Emprego Apoiado
Assunções na reabilitação vocacional	Pessoas com incapacidade psiquiátrica, particularmente aquelas com doença severa, necessitam prolongar a sua preparação antes de entrar no competitivo mundo do trabalho.	Pessoas com incapacidade psiquiátrica, incluindo aquelas com doença severa, podem entrar directamente no competitivo mundo do trabalho com suporte
Métodos na reabilitação vocacional	Várias abordagens incluindo: clubes de trabalho, serviços de negócios, emprego transiccional.	Suporte por parte de um “treinador”/supervisor de trabalho de forma intensiva e a longo termo, dentro e fora do emprego.
Resultados Vocacionais.	Experiência de trabalho, aquisição de competências.	Emprego competitivo pago.

Com o intuito de compreender as estratégias com mais sucesso no Reino Unido, o National Institute for Mental Health In England (2003), elaborou um estudo do qual se concluiu que, em 2001, as pessoas com problemas de Saúde Mental tinham três vezes mais probabilidades de estar desempregadas do que pessoas com outro tipo de incapacidades. Comprovou-se igualmente a existência de três tipos de intervenção que pareciam ter um sucesso demarcado

comparativamente às demais, nomeadamente o emprego protegido, formação e educação, e o emprego apoiado.

Este estudo ao juntar um vasto conjunto de *experts* acabou por indicar vários factores que contribuíam em grande medida para a integração dos indivíduos com perturbações de Saúde Mental no mercado de trabalho, e o correcto *Desenvolvimento de Carreira* dos mesmos, sendo eles:

- Os indivíduos têm uma maior propensão a escolher empregos e a mantê-los se não possuírem aptidões sociais reduzidas e “sintomas negativos;
- O facto de já terem tido um emprego prévio;
- Possuir atitudes positivas face ao trabalho;
- Colocados o mais brevemente possível num emprego da sua predilecção;
- Recepção de formação específica ao contexto laboral em detrimento da formação geral;
- Recepção de um suporte contínuo;
- Participação activa numa intervenção ocupacional;
- Não ficarem pior financeiramente devido à sua situação laboral (possível corte de subsídios governamentais de invalidez não fornecidos se o indivíduo exercer uma função);

De modo a clarificar o construto de *Desenvolvimento de Carreira* Szymanski e Hershenson (1998, p. 355, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001) declaram que “o *Desenvolvimento de Carreira* é determinado por interações dinâmicas de construtos individuais, contextuais, ambientais, mediadores e de resultados com processos de congruência, tomada de decisões, desenvolvimentais, socialização, alocação e de oportunidade.” Enfatizando assim a ideia que os processos e os construtos interagem na determinação do *Desenvolvimento de Carreira*, e, no caso do indivíduo com perturbação de Saúde Mental, esta interacção é elaborada de uma forma muito específica e à qual se tem de se prestar um cuidado redobrado. Para enfatizar esta ideia Bishop, Mulvihill e Tschopp, (2001) fornecem-nos alguns exemplos:

Construtos Individuais – relacionados com a idiosincrasia individual – Segundo Corrigan, Rao e Lam (1999, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001) pessoas com perturbações de Saúde Mental podem ter graves déficits em determinados campos, mormente a nível cognitivo, competências sociais, gestão pessoal, capacidade de coping, entre outros.

Construtos Contextuais → o meio circundante do indivíduo não está inatamente preparado para lidar com ele, devido à *“inflexibilidade do sistema de responder à natureza cíclica da incapacidade”* (Fabian, 1999, p. 304, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001).

Akabas, Gates e Oran-Sabia (1998) corroboram o facto de o ambiente que rodeia o indivíduo com perturbações de saúde mental ser um factor preponderante para o seu correcto e adaptado desenvolvimento de carreira. Neste âmbito estes autores dão ênfase ao ambiente social e ao construto de Acomodação, numa perspectiva de integração do indivíduo com saúde mental no seu ambiente laboral. É postulado por Akabas, Gates e Oran-Sabia (1998) que *“o impacto da acomodação nas relações interpessoais pode ser directo, afectando como os seus colegas desempenham as suas tarefas, se por qualquer motivo os indivíduos com incapacidades não possuem as aptidões necessárias para desempenhar a totalidade da sua função ou manter rotinas laborais”*(p. 265).

Os autores defendem que o emprego competitivo, nos grupos específicos de indivíduos com perturbações a nível da saúde mental, torna-se mais provável se sistemas naturais, no próprio ambiente laboral, forem activados, tais como o suporte dos supervisores e a acomodação saudável e efectiva realizada por todos os constituintes do ambiente externo do indivíduo. De modo a colocar esta teorização em prática Akabas, Gates e Oran-Sabia (1998) delinearum um programa de intervenção que passa pela identificação clara das necessidades sociais do indivíduo com perturbação de saúde mental e os possíveis agentes sociais que poderão influenciar o processo de adaptação.

O programa de intervenção citado denonima-se como *“Técnica de Mapeamento do Local de Trabalho”* (ver exemplo na Fig.1) e contém 3 categorias prementes de intervenção: gestão da situação com o indivíduo com perturbação de saúde mental, gestão da situação tendo em consideração a inclusão do supervisor e gestão do caso ao abordar a formação, educação e treino da equipa de trabalho. É assim avaliado quem deve ser incluído no processo de intervenção junto do indivíduo, ponderando os aspectos positivos e negativos da participação de cada elemento. O objectivo desta estratégia, segundo Akabas, Gates e Oran-Sabia (1998), é *“não apenas aprender com quem o trabalhador interage, mas compreender quem poderá ser uma fonte de suporte a ajudar a integração/reintegração do indivíduo, e quem não possui um cariz de suporte e poderá beneficiar de um treino educacional acerca do processo de acomodação e os problemas enfrentados por alguém que trabalha com uma doença mental”*(p. 266).

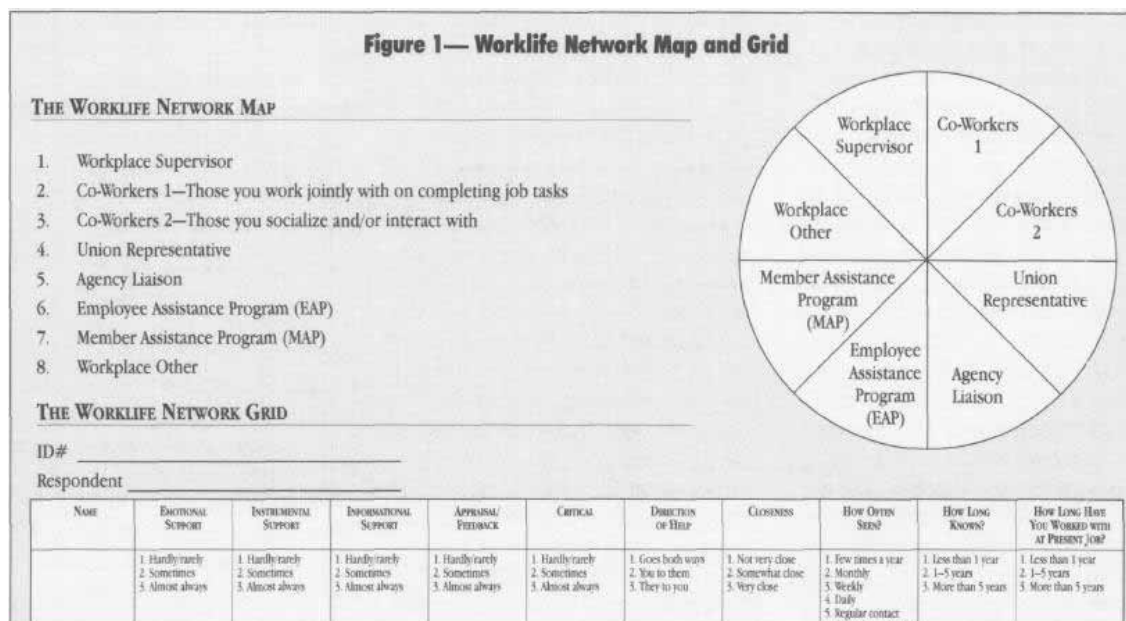


Fig.1 – Exemplo de Registo para Análise do Mapeamento do Local de Trabalho

Construtos Mediadores → Dizem respeito aos esquemas cognitivos e crenças do indivíduo, os quais utiliza para lidar com o mundo, tal como referido por Szymanski et al, (1996, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001). O indivíduo pode ter grandes dificuldades ao gerir as suas crenças mas, no entanto, neste âmbito, o que há a realçar são as crenças dos restantes indivíduos relativamente à pessoa com perturbações de Saúde Mental, que se espelham no estigma social generalizado.

Construtos Ambientais → elementos do trabalho e outros ambientes que possam influenciar o comportamento dos indivíduos, tal como exigências laborais, características idiossincráticas de outros indivíduos, entre outros. A incapacidade a nível de Saúde Mental pode provocar um decréscimo acentuado na aptidão para trabalhar a um ritmo considerado normativo, factor este que, segundo Anthony (1994, cit. in Bishop, Mulvihill & Tschopp, 2001) poderá ser interpretado pelo indivíduo e conduzir a uma baixa auto-estima.

Herr (1989, p. 13, cit. in Ellis-Katon, Gysbers, Heppner, Multon, & Zook, 2001) declarou que “*se se considera o trabalho e a Saúde Mental como estando relacionados (...) e o aconselhamento de carreira é um processo efectivo de prestação de ajuda de modo a levar o indivíduo a escolher o seu emprego de forma sábia e de promoção de ajustamento a ele, então, de uma forma lógica, poder-se-á argumentar que o aconselhamento de carreira será um processo útil ao serviço da Saúde Mental*”, segundo a lógica de Herr, o aconselhamento e *Desenvolvimento de Carreira* podem ser uma ferramenta crucial na melhoria do bem estar físico e psicológico do indivíduo, mesmo naqueles que padecem de perturbações de Saúde Mental. Neste trabalho iremos explorar a veracidade desta afirmação nos quadros de perturbações de

ansiedade, perturbações de humor, de personalidade e perturbações do foro psicológico advinentes de causas físicas.

Lustig e Strauser (2003), apoiados em Keller, Briggs e Gysbers (1982), Sampson, Peterson, Lenz, Reardon e Saunders (1996), alertam para um ponto importante que influencia o processo de tomada de decisão individual relativo à carreira e ao desenvolvimento desta, que são as cognições, estritamente relacionadas com a sintomatologia predominante nas perturbações de Saúde Mental. Segundo Keller et al. (1982, cit. in Lustig, & Strauser, 2003), o comportamento a nível profissional é influenciado pela interacção entre cognições vocacionais, comportamentos e o ambiente, que pressupõe que este comportamento profissional seja mediado cognitivamente. Partindo do pressuposto postulado por Sampson et al. (1996, cit. in Lustig, & Strauser, 2003) de que os indivíduos que tendem a verbalizar pensamentos negativos ou disfuncionais (e.g. indivíduos com incapacidades) experienciam maiores dificuldades durante a tomada de decisão, e conseqüentemente ao nível do desenvolvimento vocacional e da sua carreira, Lustig e Strauser (2003) consideram este como um aspecto fundamental a ponderar ao nível da intervenção, perspectivando o *Desenvolvimento de Carreira*.

Este dado é sustentado também por Lustig, Strauser e Uruk (2004) que revelam que indivíduos com incapacidades são mais susceptíveis a desenvolver pensamentos disfuncionais relativos à carreira, limitando o seu conhecimento, obtendo menor informação relativa a oportunidades de carreira, assim como oportunidades limitadas de realizar decisões inerentes a esta, vivenciando ainda experiências negativas em contexto de trabalho.

De acordo com os autores, esta questão das cognições poderá ter uma maior relevância no âmbito das desordens ao nível da ansiedade, humor e personalidade, uma vez que, como Lustig e Strauser (2003) argumentam, possivelmente as cognições de um indivíduo com incapacidade física serão diferentes em termos de pensamentos disfuncionais relativos à carreira.

Existem, segundo Guindon e Richmond (2005), diversas teorias subjacentes ao *Desenvolvimento de Carreira*, como a Teoria de Escolha Vocacional de Donald Super (1954), que enfatiza o papel do auto-conceito; a Teoria Cognitiva de Processamento de Informação por sua vez enfatiza a racionalização, cognição e metacognição; a Tipologia da Carreira de John Holland (1959), que releva a importância da interacção entre a personalidade e o *environment* ocupacional; e, de acordo com Chant e King (2005), a Teoria Sócio-Cognitiva da Carreira (SCCT) de Fabian (2000) como a base explicativa do mecanismo de *Desenvolvimento de Carreira* entre as pessoas que possuem perturbações ao nível da saúde mental. De acordo com esta teoria as características pessoais (e.g. idade, sexo, etnia), as características de doença (e.g. severidade, o percurso desta) e os factores ambientais (e.g. *background* familiar, contexto social/cultural) combinam para dar forma às experiências individuais de aprendizagem na carreira.

Tendo em conta a enfatização do papel do auto-conceito pela Teoria de Escolha Vocacional de Donald Super, Frank, Leahy e Saunders (2000) postulam um programa de intervenção específico para o construto. O programa denominado como CLEO, tem a duração de 9 meses e é repartido em duas fases diferenciadas, sendo conduzidas por um instrutor, também ele com incapacidades.

O programa CLEO foi estruturado com base num modelo psicoeducacional, com abordagem cognitivo-comportamental. A fase inicial do programa de intervenção consiste num programa intensivo de 6 horas (2 horas diárias durante 3 dias consecutivos). Numa segunda fase os indivíduos encontram-se numa sessão semanal com a duração de 1 hora e meia, durante o período de 8 semanas, sendo que em cada uma dessas sessões é atribuído um “trabalho de casa”. No entanto o que é vital realçar é o conteúdo das sessões, abordando estas competências como “*aptidões de comunicação, conhecimento de direitos humanos básicos, responsabilidade e auto-determinação, auto-conceito, competências de resolução de problemas, aptidões sociais, competências de procura de emprego e aptidões de entrevista*”(Leahy & Saunders, 2000, p. 144).

Enfatiza-se ainda que este processo é acompanhado pela disponibilização de materiais aos participantes, tais como um manual relativo aos tópicos supra citados, material este exclusivamente delineado e escrito para o participante e de seu uso exclusivo. Leahy e Saunders (2000) defendem que este programa incrementa a percepção de um bom auto-conceito por parte dos indivíduos com perturbações de saúde mental, factor que contribui para um maior desempenho no mundo laboral, mesmo tendo em conta as limitações específicas advinentes da patologia, contribuindo também para um empowerment notório das suas estratégias de coping.

Tendo como modelo basilar a Teoria Cognitiva de Processamento de Informação, Peterson et al. (1991, cit. in Arthur, & McLennan, 1999) revela que a intervenção em indivíduos com doença mental compreende seis passos:

1. Entrevista Inicial;
2. Avaliação Preliminar (no sentido de examinar a situação actual relativa à carreira, interesses, habilidades, personalidade, valores, expectativas de auto-eficácia, etc., devendo ser utilizadas estratégias semi-estruturadas ou de resposta aberta como complemento a testes estandardizados);
3. Definição do Problema (com base na avaliação realizada);
4. Formulação do Objectivo;
5. Desenvolvimento e Execução de um Plano de Aprendizagem Individual (sequencia de recursos e actividades – workshops psicoeducacionais, que podem ser de três tipos, como sugere Zunker (1998, cit. in Arthur, & McLennan, 1999), nomeadamente as competências de procura de trabalho (competências de entrevista, estratégias de combate à discriminação), o clima de

trabalho (identificação de estereótipos típicos e a clarificação da natureza competitiva do contexto do trabalho, competências interpessoais e promoção da compreensão do ambiente de trabalho) e competências para gerir o estilo de vida (estratégias de coping para conciliar as necessidades pessoais, familiares e profissionais, e competências de assertividade); ou individuais - que facilitam a realização do(s) objectivo(s) definidos, fornecendo uma estrutura flexível para a intervenção, constituindo um contrato entre o cliente e o *counselor*);

6. Follow-up (assegurar que as capacidades adquiridas são reforçadas e perpetuadas).

O autor da SCCT, por sua vez, (2000, cit. in Chante & King, 2005) postula que estas experiências de aprendizagem influenciam as crenças de eficácia, resultando num efeito recíproco ao nível do comportamento, ou seja, quanto mais elevadas forem as crenças e expectativas de auto-eficácia, melhor será o desempenho do indivíduo em tarefas específicas. Este argumento é sustentado também por Brown (1999). Betz e Hackett (1997, p.383, cit. in Brown, 1999) que postulam que as expectativas de auto-eficácia, quando perspectivadas em relação às carreiras, estão relacionadas com as crenças da pessoa relativamente “*aos comportamentos relacionados com a carreira, escolha educacional e ocupacional, e a performance e persistência na implementação dessas escolhas*”.

No entanto estes não são os únicos factores que influenciam o *Desenvolvimento de Carreira* de acordo com Chant e King (2005), que apontam também factores contextuais (e.g. características do trabalho, ambiente de trabalho e assistência disponível) como influenciadores do desenvolvimento desta.

Betz e Hackett (1997, cit. in Brown, 1999) referem que baixas expectativas de auto-eficácia podem servir como barreira ao desenvolvimento da carreira, na medida em que são mais susceptíveis a desistir ao primeiro sinal de dificuldade.

Deste modo, Brown (1999) sugere que as intervenções baseadas na eficácia devem promover os factores pessoais e contextuais que guiam a elevados níveis de auto-eficácia, bem como expandir o repertório de experiências do indivíduo.

Para o concretizar, Heppner e O'Brien (1996) e Conyers, Enright e Strauser (1998) revelam a existência de diversas estratégias, tais como a persuasão verbal (muito eficaz quando é realizada no seio de um grupo de suporte, que fornece feedback positivo, suporte e encorajamento); as realizações de desempenho (que são uma fonte positiva de eficácia que fortalece a integração social); a aprendizagem vicariante (que acontece quando se apresenta o indivíduo a um segundo que, apesar de possuir também uma incapacidade, está completamente integrado no local de trabalho – caso não exista alguém com essas características, uma cassete de vídeo ou artigos escritos por pessoas nessas condições podem ser também usadas – o que deverá promover as crenças de auto-eficácia relacionadas com a integração social e profissional,

fornecendo algumas estratégias e técnicas para essa integração); e finalmente, o uso da dessensibilização sistemática e do relaxamento como forma de diminuir a ansiedade e a excitação emocional.

Sumarizando, Heppner e O'Brien (1996) e Conyers, Enright e Strauser (1998) explanam que de forma a intervir e aplicar adequadamente a teoria da auto-eficácia com indivíduos que possuam doença mental, os *counselors* devem considerar os seguintes factores:

1. Identificar os comportamentos específicos que são afectados pelas expectativas negativas de auto-eficácia e perturbam o desenvolvimento de carreira, a integração, etc., podendo ser necessário administrar treinos de assertividade e/ou desenvolver programas/workshops que focalizem a promoção das expectativas de auto-eficácia;
2. Devem considerar os quatro domínios principais da teoria – realizações de desempenho, persuasão verbal, aprendizagem vicariante e estados fisiológicos – como pontos de intervenção;
3. Ênfase deve ser colocado nas realizações de desempenho;
4. Uso da aprendizagem vicariante pode ser bastante útil;
5. Indivíduos que se envolvam em novos desempenhos ou que estejam expostos a novas ideias e/ou experiências possuem maior probabilidade de experienciar níveis elevados de excitação emocional. Quando estas emoções se tornam incontroláveis, a introdução de técnicas de redução da ansiedade (como a dessensibilização sistemática ou o treino de bio feedback) pode ajudar estes indivíduos a monitorizar e compreender os seus estados fisiológicos, que guia a uma maior percepção de auto-controlo;
6. Educar e formar estes indivíduos relativamente aos seus direitos e à forma de os satisfazer, eliminando possíveis barreiras atitudinais.

Tabela 2 – Ilustração de estratégias de intervenção vocacional destinadas a incrementar as crenças de eficácia e as expectativas de resultado para indivíduos com incapacidade psiquiátrica (Fabian, 2000).

Fonte das Crenças	Elevadas Crenças de Auto-Eficácia	Baixas Crenças de Auto-Eficácia
Elevada Expectativa de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Exploração de carreira a partir do mundo do trabalho, enfatizando uma variedade de empregos; - Escolha de carreira e actividades de desenvolvimento de carreira; - Informação e auto-advocacia considerando o ADA e as acomodações no local de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Períodos experimentais de trabalho enfatizando o trabalho valorizado e o reforço da performance; - Exposição a pares relevantes que tenham trabalhado e estabelecido carreiras; - Programas baseados em grupos de discussão que valorizem o trabalho e as atitudes.
Baixas Expectativas de Resultado	<ul style="list-style-type: none"> - Treino de auto-advocacia considerando o ADA e as acomodações no local de trabalho; - Exposição a pares relevantes que tenham trabalhado e estabelecido carreiras; - Participação em grupos de auto-ajuda com os pares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Períodos experimentais de trabalho enfatizando o trabalho valorizado e o reforço da performance; - Treino do trabalho no sitio do trabalho de forma a adquirir competências e motivação nas tarefas; - Informação e auto-advocacia considerando o ADA e as acomodações; - Exposição a pares relevantes que tenham estabelecido um emprego ou uma carreira.

Esta tabela combina a informação das crenças de eficácia e das expectativas de resultado ao apresentar a sua intersecção numa matriz com as estratégias específicas consideradas no artigo.

Outros factores essenciais no *Desenvolvimento de Carreira*, segundo Kerka (2000), são o comportamento parental e o funcionamento familiar, que podem significar uma mudança do foco de análise individual para o familiar; e a promoção da proactividade no seio da família, como referem Hall et al. (1996) e Way e Rossmann (1996, cit. in Kerka, 2000).

Uma Correlação de reciprocidade bidireccional

Se é verdade que o trabalho pode influenciar o desenvolvimento psíquico, “*fortalecendo a saúde mental dos trabalhadores, ou, ao contrário, favorecendo a formação de distúrbios*” (Nassif, 2005, p.80); se é verdade que a existência ocupacional pode favorecer uma vertente de adaptabilidade do indivíduo ao mundo (Berry, Dejours & Villette, 2000); se é verdade que factores como o despedimento potenciam a formação de distúrbios com traços ansiógenos e/ou depressivos (Hutri & Lindeman, 2002), ou que a transição de uma situação de ausência laboral para uma situação activa de emprego (ou vice-versa), pode despoletar reacções emocionais e cognitivas disfuncionais no indivíduo (Meeus, Dekovic & Iedema, 1997; Weinrach, 2003); também tem que ser verdade a relação contrária, i.e., a influência que o estado de saúde mental em que o indivíduo se encontra, terá sobre o seu desempenho ocupacional. Ou melhor, perspectivando uma visão desenvolvimentista da carreira: o facto de poder estar presente um desvio ao padrão normativo de Saúde Mental no indivíduo, pode influenciar processos, desde a escolha do emprego, adaptação ao emprego, resolução de problemas, adaptação a situações de crise e/ou mudança, adaptação a transições desemprego/emprego, etc. (Bloch, 2005; Caporoso & Kiselica, 2004).

Acontece que, muitas vezes, a Psicologia Clínica, orientada para a Psicopatologia e Psicoterapia, e a Psicologia direccionada para o Comportamento Vocacional e Desenvolvimento de Carreira, não estabelecem pontes, e destacam-se como estanques (Kjos, 1995), disputando a prioridade na intervenção ao indivíduo (Caporoso & Kiselica, 2004), mantendo assim uma prática reducionista sobre o próprio indivíduo, que se fundamenta na assumpção de que, “*finding and isolating all the parts will lead to the total or sum of knowledge about the phenomenon or organism*” (Bloch, 2005, p.195), não compreendendo a continuidade sistémica e holista do organismo que, através da integração de todos os seus contextos e interacções, permitirá a “*inteligibilidade aos comportamentos*” (Relvas, 2000, p.438).

Assim, para a compreensão do indivíduo, em qualquer que seja o seu contexto, é necessário ter em conta que a relação das variáveis físicas, psicológicas, neuronais e espirituais

(Bloch, 2005), bem como construtos individuais, contextuais, mediadores e ambientais (Bishop et al, 2001; Relvas, 2000), contribuem para a integração fenomenológica compreensiva do indivíduo.

No presente trabalho, propomo-nos à análise relacional entre Desenvolvimento de Carreira e Saúde Mental, sendo esta última a variável independente considerada. Não podemos, no entanto, jamais esquecer que, na base constitutiva destas variáveis poderão estar outras a influenciar, tanto o Desenvolvimento de Carreira, como a Saúde Mental:

Por exemplo, factores como a espiritualidade (não confundir com religiosidade) podem influir para uma boa adaptabilidade à carreira, bem como contribuir para a opção vocacional (Duft, 2006), constituindo-se como um mediador positivo no limbo Saúde/Doença mental, permitindo preencher 3 requisitos importantes: identidade ocupacional, identidade inter-relacional (Meeus et al., 1997) e sentido de unidade e pertença (Bloch, 2005). Podemos falar de muitos outros aspectos e variáveis, como o impacto das variáveis cognitivas (Gafner & Hazler, 2002), subjectividades e factos como a insatisfação, sobrecarga de trabalho, alterações a nível organizativo e de gestão, a ameaça de desemprego (Meeus et al., 1997); o suporte social e capacidade de metacognição (Sampson et al., 1999), e tantas outras...

Muitas destas variáveis não serão abordadas em profundidade, mas poderão ser constituintes de muitos distúrbios abordados adiante.

Concretizando, podemos ver que, se mantivermos como variável dependente a ‘Saúde Mental’ e como variável independente o ‘Trabalho’ e ‘Função Ocupacional’, podemos afirmar a influências das segundas sobre a primeira (Berry et al., 2000; Heloani & Capitão, 2003; Marochi, 2002). Se no inverso, tivermos em conta, o ‘Desenvolvimento de Carreira’ como variável dependente e ‘Saúde Mental’ como variável independente, encontraremos a manutenção desta relação próxima e recíproca entre estas variáveis?

Tomaremos em conta alguma geografia nosológica nesta assumpção, tentando a pesquisa entre distúrbios de personalidade, distúrbios de humor, distúrbios de ansiedade, distúrbios psicóticos, condições físicas gerais e desenvolvimento de carreira. Alguma dificuldade encontrada na pesquisa bibliográfica pode sugerir insipiência entre Psicologia Clínica e Psicologia Vocacional e de Orientação.

Mantendo em mente a necessidade da compreensão holista e sistémica do indivíduo aquando da abordagem vocacionalmente orientada para o Desenvolvimento de Carreira, de seguida centraremos a análise mais na relação Psicopatologia/Psicoterapia (como dimensões da Saúde Mental) e Desenvolvimento de Carreira:

- *Distúrbios de Ansiedade:* Geralmente, é considerado um distúrbio de ansiedade quando a ansiedade presente no indivíduo é disfuncionalmente elevada e transpõe a sua função de alerta

a um potencial perigo à integridade do eu. O DSM-IV-TR (APA, 2002) considera, grosso modo, como distúrbios nosologicamente identificados com a ansiedade, a Agorafobia, o Ataque de Pânico, com possível evolução para Perturbação de Pânico, as Fobias Específicas, a Fobia Social, o Distúrbio de Stress Pós-Traumático, a perturbação de Stress Agudo e a Ansiedade Generalizada.

Precisamos também de estabelecer aqui, que a ansiedade, mesmo que ainda não manifestada de forma a preenchimento de diagnóstico patológico segundo os manuais de diagnóstico, pode apresentar-se em níveis mais elevados do que o normativo, embotando actividades cognitivas e funcionais no geral (Hutri & Lindeman, 2002).

No que diz respeito concretamente às perturbações de ansiedade, Kates, Greiff e Hagen (1993, cit. in Carroll & Ponterotto, 1998) apontam que o stress psicológico, causado por estas, pode acentuar a sintomatologia havendo a possibilidade de originar síndromes psiquiátricas mais pronunciadas. Este factor pode conduzir às consequências que Spokane (1991, cit. in Ender, Healy & Weinstein, 2002) encontrou nos seus estudos ao denotar que elevados níveis de ansiedade podem levar alguns indivíduos a evitar o aconselhamento de carreira e outros a abandonar o aconselhamento prematuramente, consoante a patologia, perdendo interesse intrínseco no inerente desenvolvimento pessoal de carreira. Ou seja a ansiedade pode prevenir os indivíduos de desempenhar um variado número de tarefas que poderiam facilitar a dissipação da sua indecisão e conseqüentemente a redução ansiogénica.

Carroll e Ponterotto, (1998) ao elaborarem um estudo com 21 indivíduos, no momento do aconselhamento de carreira, comprovaram que 60% apresentavam sintomas psicológicos de stress, factor que os autores consideram como um possível obstáculo para os conselheiros. Dão assim a sugestão de que os conselheiros vocacionais, que trabalhem com adultos, sejam consciencializados da possibilidade de encarar indivíduos cuja sintomatologia ansiogénica seja exacerbada, havendo a necessidade de serem treinados em avaliação e intervenção psicológica, como referido por Blustein e Splenger (1995, cit. in Carroll & Ponterotto, 1998) e igualmente, segundo Niles e Pates (1989, cit. in Carroll & Ponterotto, 1998) em competências de psicoterapia.

Carroll e Ponterotto, (1998) defendem que esta formação e consciencialização é deveras importante devido à elevada probabilidade de estes profissionais se depararem com casos de depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal exacerbada ou uma lacuna geral de assertividade direccionada a objectivos.

Outros estudos dão também ênfase à associação da ansiedade despoletada pela escolha e a indecisão de carreira, tais como aqueles que foram desenvolvidos pelos seguintes autores: Fuqua e Harman, em 1983, Fuqua, Seaworth e Newman, em 1987 e ainda O'Hare e Tamburri, em 1986, tal como descrito por Ender, Healy e Weinstein (2002).

No que diz respeito a programas de intervenção Hains, Saam e Wodtke (1995) apresentam uma intervenção baseada num protocolo cognitivo de redução de stress / ansiedade que crêem ser eficaz. Os pressupostos basilares desta estratégia de intervenção passam pela abordagem adequada e individualizada ao sujeito em questão, sendo que numa sessão preliminar ser-lhe-iam apresentados os conceitos inerentes à “terapia” a que este iria ser parte integrante. Esta estratégia consistia na consecução sequencial de várias etapas, sendo a inicial a leitura de um capítulo específico do livro “The Relaxation and Stress Reduction Workbook” de Davis, Eshelman, & McKay, de 1988, intitulado de “Refutando Ideias Irracionais”. Numa segunda instância deste programa de intervenção é requerido aos indivíduos que preencham o Inventário de Crenças, retirado do livro supra referenciado, que tem como objectivo indicar o grau de concordância entre as crenças do indivíduo e as ideias irracionais, tal como postuladas por Albert Ellis, na teorização da sua Terapia Racional Emotiva.

As respostas fornecidas neste Inventário, segundo este programa, servem como base de intervenção para uma sessão posterior, com a duração de 2 horas, sendo esta caracterizada por uma forte componente pedagógica na qual o indivíduo fica capacitado de identificar cognições irracionais, ou ruminções passíveis de somatizar sensações de ansiedade e/ou fúria. A presente fase do programa, segundo Hains, Saam e Wodtke (1995) tem uma importância preponderante, dado que é neste momento que é transmitido ao indivíduo um modelo de 5 passos que possui o objectivo primordial de redução de stress e ansiedade ao contribuir para a identificação e refutação de crenças irracionais, sendo esses passos os seguintes:

Passo 1 → Registrar os factos do evento que ocorreram no momento exacto da mudança cognitiva e sintomatológica;

Passo 2 → Registrar a conversação interna acerca do evento;

Passo 3 → Enfoque na resposta emocional;

Passo 4 → Debater e modificar a conversação interna de cariz irracional;

Passo 5 → Substituir com uma conversa interna alternativa;

Davis et al (1988, cit. in Hains, Saam & Wodtke, 1995) postula minuciosamente os 5 passos mencionados acrescentado a necessidade de os indivíduos durante este processo preencherem uma tabela de auto-monitorização estandardizada. Relativamente a este programa pode ser instaurado numa perspectiva virtual (imaginação de situações potenciadoras de sintomatologia ansiógena) de modo a criar, com antecedência, capacidades de coping que permitirão ao indivíduo posteriormente uma resposta rápida e “semi-automática” perante a situação. Para a correcta transmissão dos pressupostos desta estratégia é requerido ao indivíduo como “trabalho de casa” que preencha a sua tabela de auto-monitorização em circunstâncias quotidianas de modo a se adaptar ao modo de utilização e mesmo facilitar uma mais espontânea

criação de racionalizações alternativas. As sessões de follow-up são posteriormente definidas com o indivíduo sendo que normalmente possuem a duração de uma hora, semanalmente, durante o período de 3 semanas. Hains, Saam e Wodtke (1995) defendem que a refutação de ideias irracionais em indivíduos com este tipo de perturbação contribui com eficácia para a vivenciação de sintomatologia ansiógena.

Nadeau (1995, cit. in Carroll & Ponterotto, 1998) apontou ainda para o facto de que as manifestações dos défices de atenção na população adulta serem mais visíveis no contexto laboral, no entanto Shaffer (1994, cit. in Carroll & Ponterotto, 1998) alerta para o facto da não existência de estudos controlados no âmbito do aconselhamento e/ou *Desenvolvimento de Carreira* deste tipo de população. Assim os orientadores de carreira encontram-se perante uma população com sérias necessidades para as quais não existe qualquer informação previamente recolhida no sentido de as colmatar.

Esta ausência de bibliografia específica para o aconselhamento e *Desenvolvimento de Carreira* em casos típicos de perturbação de ansiedade (e.g. fobias, perturbação obsessiva-compulsiva, distúrbio de pânico, entre outros) foi também denotada aquando da pesquisa bibliográfica para a elaboração do presente trabalho.

-Distúrbios de Personalidade: um distúrbio de personalidade é considerado quando um indivíduo apresenta um padrão de vivência e funcionamento sócio-culturalmente desviante, acentuando-se traços personalíticos (presentes em todos os indivíduos) disfuncionalmente exponenciados e/ou exteriorizadamente presentes em proporção tal que consequenciam a invasão fenomenológica no indivíduo, pervagando várias áreas de funcionamento, incluindo a ocupacional (APA, 2002). São padrões invasivos ao funcionamento adaptativo, reflectindo-se no pensamento, comportamento e labilidade emocional do indivíduo. Inflexíveis e perenes, são na sua maioria, egossintónicos (APA, 2002).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) aponta como distúrbios de personalidade, a Personalidade Paranóide, Esquizóide, Esquizotípica, Anti-Social, Borderline, Histriónica, Narcisita, Esquiva, Dependente e Obsessivo-Compulsiva, relacionando-as intimamente com o desempenho ocupacional, e apontando características funcionais, das quais podemos inferir repercussões no Desenvolvimento de Carreira. Como refere Kjos (1995), “*an individual’s personality affects career decision making, on-the-job performance, occupational success and occupational functioning. Personality dictates the relative strengths that influence individual career development, job competencies, employment success, and job satisfaction*” (p. 592).

O que se revela, portanto, é a importância de toda a dimensão personalítica para o imenso *continuum* do Desenvolvimento de Carreira. Esta importância fora já revelada, e.g., por Holland,

quando considerou uma divisão vocacional directamente relacionada com traços personalícticos do indivíduo (Arbonna, 2000), iluminando a importância da personalidade para o desenvolvimento de carreira, relação do indivíduo com o trabalho, ambiente e contexto inter-social, decorrente da vertente ocupacional (Primi, Moggi & Caselatto, 2004). Segundo estes últimos autores, “*a congruência entre personalidade e ambiente aumenta a satisfação no trabalho, estabilidade no emprego e realização*” (Primi et al., 2004, p.49).

E quando se demonstra um desvio patológico ao nível do construto personalidade? Que implicações se poderão hipotetizar?

Para Kjos (1995), “*many factors associated with personality disorders play a part in career development. These include the inability to make decisions, to take criticism, to get along with others and to be assertive*” (p.592).

Entre alguns factores decorrentes da personalidade patológica com influência negativa, podemos rever literariamente, factores de indecisividade (Gaffner & Hazler, 2002), com embotamento óbvio na tomada de decisão de carreira e na resolução de problemas; factores amputativos da capacidade metacognitiva (visto que muitos destes distúrbios são egossintónicos (APA, 2002)) prejudicarão também os processos acima referidos, por claro embotamento no processamento cognitivo de informação (Sampson et al., 1999). Para além destas características, o DSM-IV-TR (APA, 2002), aponta outros factores que poderão pervagar a performance laboral, o processo de tomada de decisão (Kjos, 1995) e outros processos centrais para o desenvolvimento de carreira:

Por exemplo, personalidades como a dependente e a borderline apresentam um traço patológico de indecisividade (Kjos, 1995), enquanto que um obsessivo-compulsivo tende à procrastinação e à quebra constante de prazos (APA, 2002), tendo pouca capacidade para lidar com o stress, situação igualmente vivenciada com indivíduos com personalidade anti-social e borderline, devido à sua excessiva impulsividade e até agressividade (APA, 2002; Kjos, 1995). Indivíduos com personalidade paranóide, esquizotípica, esquizóide, esquiva, anti-social e histriónica serão mais propensos às dificuldades no padrão de relação inter-social, enquanto que, por exemplo, indivíduos anti-sociais demonstrarão muita dificuldade no planeamento do futuro e num comportamento laboral responsável (APA, 2002). O mesmo pode acontecer aos indivíduos borderline, pelo seu padrão de impulsividade; já um indivíduo obsessivo-compulsivo será um *workaholic* (Kjos, 1995), mas com prejuízo significativo a nível cognitivo, como nos aspectos de tomada de decisões e processos de resolução de problemas.

Na verdade, os distúrbios de personalidade caracterizam-se também por enviesamento cognitivo interpretativo das pistas sociais e outras, o que poderá culminar em processos inadaptação no desenvolvimento de carreira (Sampson et al., 1999), principalmente se o indivíduo não compreender o mundo como compreensível, passível de ser modificado, e

significativo (Lustig & Strauser, 2002), consequenciando-se, segundo estes autores, pensamentos negativos sobre a carreira, que podem culminar em sintomatologia ansiógena e/ou depressiva.

É ainda interessante reflectir que, enquanto alguns autores apontam os baixos níveis de auto-estima (Hutri et al., 2002) e auto-eficácia (Lustig et al., 2002; Hutri et al., 2002) como indicadores de maiores problemas a nível ocupacional, o facto de um indivíduo com personalidade anti-social mostrar uma elevada auto-estima (APA, 2002) e o facto de um indivíduo narcisista apresentar uma elevada auto-confiança (Kjos, 1995; APA, 2002) pode indicar também uma disrupção no que concerne ao desenvolvimento de carreira; pressupondo-se, a um nível mais geral que, existirão pontos ou níveis óptimos de auto-estima e auto-eficácia, dentro dos quais estas são funcionais; quando em defeito ou em excesso, estas dimensões podem representar disfunções no indivíduo, inclusivamente a nível ocupacional.

A proximidade relacional entre personalidade (incluindo-se aqui os distúrbios de personalidade) e desenvolvimento de carreira, sugeririam uma maior proximidade entre a prática psicológica clínica e de orientação profissional (Caporoso & Kiselica, 2004), podendo-se, inclusivamente, recomendar o treino em mediadores cognitivos, como a resolução de problemas e a tomada de decisão (Sampson et al., 1999). Mas tomando em conta o carácter egossintónico destes distúrbios, estas intervenções podem estar dificultadas por alguma incapacidade de clareza metacognitiva, pelo que, e seguindo a lógica de proximidade entre personalidade e ambiente (Primi et al., 2004), será positivo, na abordagem à orientação e vocação de indivíduos com distúrbios de personalidade, tentar a adaptação funcional dos seus traços personalícticos mais salientes, a cargos, contextos e ambientes, onde estes mesmo indivíduos possam mostrar um *outcome* ocupacional funcional (Kjos, 1995), apoiando-se um paradigma de aproveitamento das 'forças' do indivíduo, em vez de se recair eternamente numa lógica de análise patologizante do mesmo.

- Distúrbios de Humor: os distúrbios de humor caracterizam-se por um desvio a um estado de humor considerado normativo, sendo que este desvio pode ir de encontro a um humor depressivo, bem como ir de encontro a um humor maníaco (APA, 2002). De uma forma geral, o DSM-IV-TR (APA, 2002) conceptualiza como Distúrbios de Humor, o distúrbio depressivo major, o distúrbio distímico e os distúrbios de carácter bipolar, incluindo-se o ciclotímico.

Estes distúrbios manifestam-se emocio-afectivamente, comportamentalmente, fisiologicamente e cognitivamente (APA, 2002). Se pensarmos na proposta triádica beckiana, podemos ver até que ponto a vertente cognitiva é sinuosa nestes distúrbios, principalmente nos casos de distúrbios com humor deprimido e/ou depressivo. Nesta proposta, os pensamentos (cognições) negativistas sobre o eu, os outros e o mundo, são prementes.

As cognições (e as metacognições, como já vimos) são mediadoras, de toda a importância, em todo o processo de desenvolvimento de carreira (Lustig & Strauser, 2002; Sampson et al.,

1999), principalmente *“in a more volatile economy in which ongoing Job change is becoming the norm”* (Sampson et al., 1999, p.16), que caracteriza a dinâmica ocupacional e económico-liberal do mercado laboral e do desenvolvimento de carreira (Bloch, 2005).

Exposto isto, podemos inferir que a existência de um distúrbio de humor (sendo que a pouca literatura encontrada enfatiza essencialmente a Depressão), poderá ter um grande impacto no desenvolvimento de carreira, especialmente pelo viés cognitivo que pode provocar no indivíduo. Sampson et al. (1999) chamam inclusivamente a atenção dos conselheiros vocacionais para a existência de emoções negativas, falta de empatia e processos amotivacionais, que podem decorrer da anedonia que pode estar presente num episódio de humor deprimido (APA, 2002) e existência de pensamentos negativos. Estes pensamentos negativos podem enviesar a perspectiva do indivíduo, numa tríade beckiana, sobre a sua decisão de carreira e/ou sobre a sua capacidade de resolver problemas (Sampson et al., 1999). Estes mesmo autores revelam que, a existência de pensamentos ou *self-talk* (fala encoberta) negativa, dificulta a análise sobre os objectivos de carreira, capacidades manifestas do indivíduo, dificulta a motivação para a procura de emprego e a perseverança nessa mesma procura depois de ter sido ‘rejeitado’ em entrevistas anteriores.

Para Lustig e Strauser (2002), *“sense of coherence has shown a negative relationship with state and trait anxiety, perceived stressors, depression and somatic complaints”* (p.4). Segundo os autores, o sentido de coerência é conseguido pela compreensão do mundo, possibilidade de lidar com o mesmo e significado que este lhe desperta. Como já vimos, um indivíduo com um humor deprimido mostra uma visão negativista, enviesando a interpretação do mundo, o que pode proporcionar: a) falta de sentido de coerência, potenciando dificuldades para iniciar e manter tomadas de decisão sobre a carreira, acentuando-se a indecisividade e a procrastinação; b) assumir compromisso com a sua tomada de decisão; c) integrar e aceitar a opinião dos outros sobre as suas opções de carreira (Lustig & Strauser, 2002).

Desde esta análise muito sucinta, e tendo em linha de conta as dificuldades cognitivas e do ponto de vista emocional e motivacional de um indivíduo deprimido, podemos inferir as dificuldades sentidas por estes indivíduos em toda a linha do desenvolvimento de carreira, desde a tomada de decisão até à manutenção da mesma, tendo em conta que, muito provavelmente, durante a sua vida terá que enfrentar períodos de transição emprego/desemprego. E se é verdade que estes processos dinâmicos de caos podem representar transições com expressão à oportunidade e à criatividade (Bloch, 2005), também é verdade que, situações destas, em indivíduos com humor deprimido, pode representar uma crise ocupacional presente e futura (Hutri & Lindeman, 2002).

Deste ponto de vista, e em linha do que havemos seguido até aqui, é necessária a criação da ponte entre a Clínica Psicoterapêutica e a Orientação vocacional de carreira. Para estes distúrbios em concreto, *“cognitive restructuring, within the context of career service delivery, can be used to help clients identify, challenge and alter negative thoughts”* (Sampson et al., 1999, p.13).

- Esquizofrenia e Distúrbios Psicóticos: a Esquizofrenia encontra-se nosologicamente a par com os distúrbios psicóticos, termo que foi conceptualmente definido como uma perda dos limites do ego ou um amplo prejuízo no teste da realidade (APA, 2002). Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), existe uma grande proximidade entre o distúrbio esquizofrénico e a disfunção ocupacional manifestada por estes indivíduos, devido às consequências que o distúrbio tem na cognição, emoção, percepção, pensamento inferencial, linguagem e comunicação, monitorização comportamental, afecto, produção de pensamento e discurso, volição, impulso e atenção.

Caporoso e Kiselica (2004), ao descreverem a implementação de técnicas de aconselhamento de carreira em indivíduos com doenças mentais severas, exemplificam um caso de esquizofrenia. Efectivamente, alguma propensão destes indivíduos para a instabilidade, a dificuldade de discernimento do real e a amputação da normatividade funcional cognitiva, emocional, comportamental, volitiva, social, etc. (APA, 2002), tornam estes indivíduos sinalizados complicados, mas prioritários para a implementação de um processo de desenvolvimento de carreira, porque *“placing a person with severe mental illness in a job does not signify the end of the career counseling process. Typically, the counselor will have to assist the client to continue to explore careers even after the client has been placed in a work setting. Keep the client engaged in the process of reconsidering his or her skills and the world of work will help the client avoid premature career foreclosure”* (Caporoso & Kiselica, 2004).

Esta última afirmação, em paráfrase, deixa-nos em aberto um mesmo assunto que temos explorado em secções anteriores no presente trabalho: as avaliações cognitivas do eu, do trabalho que desempenho ou quero vir a desempenhar; as opções cognitivas sobre a tomada de decisão e a resolução de problemas e a prática metacognitiva em campo sobre estas mesmas (Sampson et al., 1999), ao estarem comprometidas por um distúrbio mental, devem requerer, durante o processo de desenvolvimento de carreira, a aproximação entre Psicoterapia e Orientação/Desenvolvimento de Carreira, sendo que, no caso da Esquizofrenia, a aplicabilidade consonante entre Desenvolvimento de Carreira, reestruturação cognitiva e modificação ambiental e comportamental (Caporoso & Kiselica, 2004) podem trazer outcomes positivos, diminuindo a desempregabilidade nestas populações, bem como a constante intermitência entre situações de emprego e desemprego.

Numa tentativa de criação de um modelo de intervenção no âmbito dos indivíduos esquizofrénicos e o seu desenvolvimento de carreira Gioia (2000, cit. in Gioia, 2005) postulou questões capazes de ajudar na operacionalização das fases de trabalho e doença, concomitantemente. As questões abordam categorias gerais como: *“(1) noções individuais e familiares de ética laboral; (2) potencialidades conquistadas no trabalho pré-doença; (3) compreensão pessoal do desenvolvimento de carreira; (4) desejo e motivação actual de regresso*

ao trabalho; (5) impacto potencial da doença no trabalho, do ponto de vista individual; (6) suportes propostos para a necessária manutenção do crescimento vocacional; (7) perspectiva individual do significado do trabalho; (8) emprego que predispõe o indivíduo a uma maior satisfação laboral e desejo de trabalhar” (p. 314). Gioia (2005) esquematiza o seu modelo de intervenção segundo o seguinte esboço:

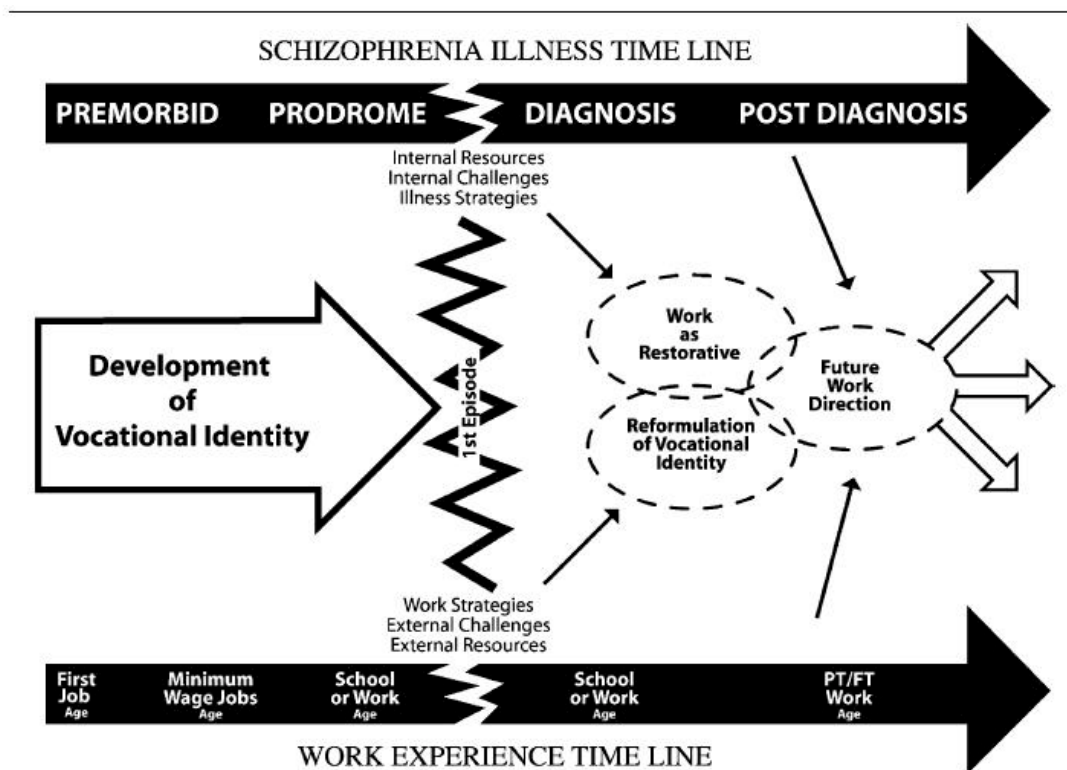


Fig. 2 – Modelo de Intervenção em Esquizofrenia por Gioia (2005)

Segundo Gioia (2005) o “*trovão*” que define a mediana do esquema representa o surgimento da patologia e o possível “descarrilamento” do desenvolvimento de carreira. Como é possível comprovar na Fig.2 esse acontecimento despoleta a necessidade da instauração de diversas estratégias de intervenção que remetem para a reformulação da identidade vocacional, o planeamento futuro da direcção do trabalho e a crença do trabalho como restaurador, tendo sempre em consideração (tal como explicitado na Fig.2) os desafios e recursos externos em confrontação com os desafios e recursos internos. Gioia (2005) enfatiza no entanto que este modelo não pode ser encarado como algo estandardizado dado que em todos os momentos as características idiossincráticas do indivíduo se sobrepõem, havendo uma necessidade de adaptar individualmente o modelo.

- Condições Físicas Gerais: no que diz respeito às perturbações de Saúde Mental relacionadas com algum tipo de causalidade fisiológica existe uma maior predominância de bibliografia e estudos.

Sendo assim Kiernan (2000) revela que, para muitas pessoas com retardo mental, o emprego com todos os seus benefícios associados (e.g. amizades no local de trabalho; estilos de vida suportados pelos nossos vencimentos, entre outros) não é uma opção realista. Ao início, segundo o autor, o espaço do trabalhador com retardo mental está confinado ao desenvolvimento de actividades rotineiras, repetitivas, sendo recompensadas de acordo com o seu nível de produtividade. Depois surgiu um conceito de *workshops* em que a pessoa com retardo mental era treinada para poder trabalhar, mas que ainda não era suficiente para assegurar a sua independência económica.

A ponte entre esse conceito de trabalho e um trabalho “real” começa a ser possível a partir do momento em que o foco passa a ser o treino e o desenvolvimento de competências baseadas no trabalho/função (seguindo instruções simples, de forma a conseguir completar apropriadamente uma sequencia de passos inerentes à tarefa, demonstrando a habilidade de responder a essa tarefa por períodos de tempo extensos). Após o indivíduo possuir estas competências, está pronto para trabalhar. Embora a teoria apontasse neste sentido, Kiernan (2000) revela que a transição para o *setting* real de trabalho, assim como da transferência das competências aprendidas pelo treino, era mínima para indivíduos com retardo metal. É então que surge o conceito de emprego assistido (*supported employment*), cuja diferença era o facto do treino do indivíduo com retardo mental, ser realizado no *setting* real de trabalho.

Shafer, Banks e Kregel (1991, cit. in Cloutier, Hagner, & McGahie, 2001) revelam que 84% dos trabalhadores com retardo mental recebiam suporte continuo através de um programa aplicado em empregos relacionados com serviço de comida ou trabalhos de manutenção (e.g. contínuo).

Cloutier, Hagner e McGahie (2001) relatam a existência de um programa financiado estatalmente *Career Enhancement Opportunities* (CEO), desenvolvido pelo *University of New Hampshire Institute on Disability* (Durham) e pelo *Learning and Career Centers* da *New Hampshire Community Technical College* de Stratham e Manchester, cujo objectivo seria desenvolver e validar serviços que permitissem a indivíduos, com diversas incapacidades, aceder a um maior leque de oportunidades de trabalho, e procurar escolhas individuais para a carreira.

Os autores referem que o programa se estendeu por três anos, aderindo ao projecto entre 4 e 6 pessoas por semestre, que preenchiam os critérios definidos (incapacidades severas) pelo programa de reabilitação vocacional do estado, sendo na sua maioria jovens adultos.

Relativamente ao programa em si, este consistia em 3 fases, como exposto pelos autores. Numa primeira fase, os participantes aprendiam métodos de procura de emprego e de planeamento de carreira através de *workshops*. De seguida procedia-se a um processo de pesquisa

de trabalho de forma a implementar os planos de carreira e a continuar os esforços de desenvolvimento de trabalho iniciados nos *workshops*. Por fim, realizavam-se *follow-up* com os participantes e os seus empregadores, objectivando a manutenção do emprego e consequente desenvolvimento.

O programa, de acordo com Cloutier, Hagner e McGahie (2001), revelou-se frutífero, na medida em que 74.4% dos participantes se encontram a trabalhar em empregos remunerados, que se inserem na comunidade, para além de terem obtido ganhos a nível das redes sociais e de como desenvolver a sua carreira.

Em muitas ocasiões o treino adicional é essencial, mas, como exposto por Kiernan (2000), paralelamente a esta questão tem emergido o reconhecimento da necessidade de incorporar o indivíduo, não só ao nível da produção, como também ao nível dos aspectos sociais e culturais do local de emprego. Deste modo, como referido por Kiernan e Schalock (1997, cit. in Kiernan, 2000), o sucesso no local de trabalho é medido pelo nível de produtividade do trabalhador e também pelo seu nível de satisfação e inclusão nos aspectos não relativos à função em si.

Cinamon e Gifsh (2004) apontam o envolvimento familiar como fundamental para a promoção do *Desenvolvimento de Carreira* de indivíduos com retardo mental.

Também as dificuldades de aprendizagem podem ser prejudiciais ao *Desenvolvimento de Carreira*. Michaels (1997), e Ohler, Levinson e Barker (1996, cit. in Kerka, 2002, p. 1) definem dificuldades de aprendizagem como “*dificuldades significativas na aquisição e uso da audição, da fala, da leitura, da escrita, do raciocínio ou habilidade matemática*”. Apesar das limitações, Kerka (2002) revela que muitas destas pessoas têm sucesso em contexto de trabalho, embora, muitas delas, trabalhem em part-time ou trabalhos com remuneração equivalente ao ordenado mínimo. Ohler, Levinson e Barker (1996, cit. in Kerka, 2002) referem que pessoas com dificuldades ao nível da aprendizagem possuem dificuldades em estabelecer rotinas e a processar a informação correctamente, exibindo frequentemente baixos níveis de auto-estima, sentindo-se desamparadas, possuindo competências debilitadas para avaliar as suas forças e fraquezas, bem como, referido por Hitchings e Retish (2000, cit. in Kerka, 2002) baixos níveis de maturidade ao nível da carreira e fracas competências de socialização.

Estas questões pressupõem, de acordo com Kerka (2002), a necessidade de um programa de *Desenvolvimento de Carreira* multifacetado, isto é, um processo cíclico que envolva o auto-conhecimento acerca da personalidade, interesses, competências e habilidades, compreendendo o mundo do trabalho e os requisitos específicos da ocupação. Também se devem considerar, à semelhança de outras incapacidades, as expectativas de auto-eficácia e de maturidade ao nível da carreira.

Um estudo promovido por Kerka (2002) em que foram analisados adultos – com dificuldades de aprendizagem – que obtiveram elevados níveis de sucesso profissional – sendo o sucesso definido em termos de remunerações, classificação do trabalho, nível de educação,

proeminência no campo e satisfação no trabalho – permitiu desenvolver um modelo para uma carreira de sucesso de pessoas com incapacidades, em que o princípio básico do modelo é o grau em que os indivíduos são capazes de tomar o controlo da sua vida.

Um estudo de Fitzgerald, Koch, Roessler e Rumrill (2001) enfatiza o estatuto de emprego (i.e. empregado ou desempregado) relacionado com aspectos demográficos, de doença e factores psicológicos, para pessoas diagnosticadas com esclerose múltipla (EM). Rumrill (1996, cit. in Fitzgerald, Koch, Roessler, & Rumrill, 2001) identificou a necessidade de definir o *profile* de pessoas com EM em risco de desemprego, como forma de dar prioridade aos serviços de reabilitação vocacional a quem mais deles precisa. Segundo este autor, os profissionais de reabilitação ao conhecerem os factores que influenciam que pessoas com EM mantenham o seu emprego à medida que a doença progride, podem desenvolver estratégias mais eficientes no sentido de assegurar o *Desenvolvimento de Carreira* nesta população.

Embora não se conheça concretamente a causa da EM, esta afecta o funcionamento do sistema nervoso central ao destruir a mielina presente nos nervos e ao longo da medula espinal. Esta lesão interfere com a transmissão dos impulsos eléctricos no sistema nervoso, causando sintomas a nível físico, cognitivo e emocional, como revelam Fitzgerald, Koch, Roessler e Rumrill (2001). Concretizando, a nível físico os problemas relacionam-se com a mobilidade, equilíbrio e coordenação, visão distorcida, diminuição da destreza manual e também do controlo da bexiga e intestino. Para além destes sintomas, Falvo (1999, cit. in Fitzgerald, Koch, Roessler, & Rumrill, 2001) revela que os indivíduos frequentemente se sentem cansados e fracos.

Diversos autores, entre os quais Lustig, Rosenthal, Strauser, & Haynes (2000, cit. in Fitzgerald, Koch, Roessler, & Rumrill, 2001) divulgam que os indivíduos com EM acreditam que perderam a capacidade de prever e controlar o seu futuro, o que associado aos sintomas relacionados com a doença, segundo Miller (2000, cit. in Fitzgerald, Koch, Roessler, & Rumrill, 2001), pode ser devastador para a maioria dos indivíduos, especialmente aqueles que não possuem apoio social e de serviços de reabilitação.

A prevalência desta doença afecta em grande medida o emprego, traduzindo-se em valores altos de desemprego após o diagnóstico desta – segundo Gregory, Disler e Firth (1993), entre outros, situa-se em torno dos 70% a 80%. Deve-se enfatizar, de acordo com Fitzgerald, Koch, Roessler e Rumrill (2001), a contribuição da manutenção do emprego para o bem-estar emocional da pessoa com EM, como referido por Larsen (1990, cit. in Fitzgerald, Koch, Roessler, & Rumrill, 2001); e Gregory et al. (n.d., cit. in Fitzgerald, Koch, Roessler, & Rumrill, 2001) revela que uma proporção significativa das pessoas com EM querem voltar a trabalhar.

Ao conhecerem-se estes dados, poderá ser pertinente intervir, preferencialmente, junto destas pessoas enquanto mantêm o seu emprego como referido por Rumrill e Roessler (1999, cit. in Fitzgerald, Koch, Roessler, & Rumrill, 2001).

Poderá ser também importante, de acordo com Bishop, Tschopp e Mulvihill (2000, cit. in Fitzgerald, Koch, Roessler, & Rumrill, 2001) estabelecer um plano de contingência no trabalho, assegurando as acomodações necessárias pela mudança no estado de saúde da pessoa, sendo esta questão essencial na intervenção ao nível da carreira nesta população. Paralelamente poderá ser necessário definir e aplicar algumas estratégias compensatórias para “remediar” ou minimizar as dificuldades a nível cognitivo que a pessoa com EM pode apresentar, como exposto por Fitzgerald, Koch, Roessler e Rumrill (2001).

Em suma, Fitzgerald, Koch, Roessler e Rumrill (2001) apontam para a necessidade de intervenções imediatas e a longo termo, permitindo a continuidade do estatuto de empregado, ou voltar a adquiri-lo, não esquecendo o apoio necessário ao nível da medicação, do re-treino ao nível cognitivo, promoção da memória e gestão do stress, assim como as adaptações necessárias na função desempenhada.

Martz e Cook (2001, cit. in Lustig, Strauser, & Uruk, 2006) revelam que em indivíduos com incapacidades ao nível físico, como problemas de coração, lesões da espinal-medula, amputações, entre outros, existe uma elevada prevalência de perturbação de stress pós-traumático.

CONCLUSÃO:

O que temos sugerido até aqui é que, em função de, cada vez mais, as carreiras se mostrarem como entidades dinâmicas e complexas, que respondendo às vicissitudes das alterações do mercado global e das transições das relações laborais, as intermitências não-lineares de períodos de caos e mudança são cada vez mais frequentes (Bloch, 2005).

Esta constatação alerta para uma necessidade, cada vez maior, da aplicação de um modelo de desenvolvimento de carreira, em detrimento de um modelo meramente vocacional; como afirmam Sampson et al. (1999), em presença de uma economia volatilizável, de vai-vem em termos de empregabilidade e desempregabilidade, a atenção à carreira deve estender-se ao *continuum* de todo o seu desenvolvimento, respondendo e assessorando o indivíduo confrontado com a volatilidade da arquitectura da sua carreira.

Herr (2001) tem uma afirmação que resume este processo, e a qual não resistimos a reproduzir:

“... assaults on human dignity continue to occur as a function of economic and workplace issues. They include the rise of, and the persistence of, high rates of unemployment in many nations; the permanent dislocation of person from jobs because their skills are inadequate or

because there are insufficient jobs; the procedures that bar people from work or occupational mobility because of ageism, racism or sexism; the diminished feeling of personal identity and self-worth, affiliation, mastery and economic independence that accompany organizational downsizing, unemployment and underemployment; the substitution of technology for people or the place of persons in toxic work environments to produce economic gain. In these conditions, the practice of career development, among its others outcomes, serves as a mechanism to provide hope to people, the affirmation of their individual dignity and worth, and the support to establish new career direction” (p. 207)

Se pensarmos que todo este processo desenvolvimental de uma carreira, caracterizado pelas suas transições e dinâmicas próprias, é orientando e mediado por processos cognitivos decorrentes do indivíduo (Lustig & Strauser, 2002), com especial relevância para os processos de tomada de decisão e resolução de problemas (Sampson et al., 1999), clarifica-se a importância do substrato mental para o percurso e estabilidade de carreira.

No presente trabalho fomos apresentando alguns distúrbios nosologicamente cartografados e fomos inferindo (por vezes, deixando nas entrelinhas) as consequências da presença desses distúrbios para o desenvolvimento de carreira do indivíduo em questão. A bibliografia sobre estes assuntos parece ainda insipiente, e por isso, destacamos o nosso processo lógico-indutivo para algumas afirmações e conclusões a que chegamos. Agrada-nos, no entanto, particularmente, o facto de alguns autores começarem já a descobrir o véu da necessária relação entre Clínica e Orientação de Carreira (e.g. Caporoso & Kiselica, 2004; Lustig & Strauser, 2002; Sampson et al., 1999), oferecendo a premonição da cessação do hiato entre estas duas vertentes da prática psicológica.

Pudemos destacar que a presença de distúrbios mentais, principalmente aqueles com repercussões nefastas nas capacidades cognitivas, metacognitivas (neste caso poderíamos também abordar as Perturbações Globais do Desenvolvimento), volitivas, emocionais e sociais, poderão embotar o processo de carreira, destacando-se a necessidade de uma abordagem de desenvolvimento de carreira, de um ponto de vista desenvolvimentista (Caporoso & Kiselica, 2004) e holista, onde se considere a relação entre a vertente psicológica (VI) e carreira (VD).

Num último e recorrente apelo, consideramos a necessidade da aproximação entre a prática Clínica e o Orientação de Carreira. Destacamos, para finalizar, a afirmação de Caporoso e Kiselica (2004):

“... the counselling profession must do more to prepare students for the complex task or counselling people with a chronic mental illness. We are concerned that many of the career counselling books we examined for our research on this project made little or no mention of counselling clients with serious psychiatric conditions” (p. 243).

BIBLIOGRAFIA

Academic Staff. (2003). *Career Development Scheme*. The University of New South Wales.

Ameen, E. C., Guffey, D. M., & Jackson, C. (2002). Evidence of teaching anxiety among accounting educators. *Journal of Education for Business*, 78, 1, 16-22.

American Psychiatric Association. (2002) *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatísticas das perturbações mentais*. Climepsi Editores.

Amundson, N., & Borgen, W. (2000). Mandated clients in career or employment counseling. *Journal of Employment Counseling*, 37, 4, 204-215.

Anderson, W., Cover, S., & Niles, S. (2000). Comparing intake concerns and goals with career counseling concerns. *The Career Development Quarterly*, 49, 2, 135-145.

Andrews, G., & Kristy, S. (2006). Common Mental Disorders in the Workforce: Recent Findings *From Descriptive and Social Epidemiology*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 2, 63-75.

Arbonna, C. (2000). Practice and research in career counseling and research: 1999. *The Career Development Quarterly*, 49, 98-134.

Arnn, R. B., & Peterson, T. O. (2005). Self-Efficacy: The Foundation of Human Performance. *Performance Improvement Quarterly*, 18, 2, 5-18.

Aune, B., & Kroeger, S. (1997). Career development of college students with disabilities: An interactional approach to defining the issues. *Journal of College Student Development*, 38, 4, 344-355.

Bagozzi, R. P., & Verbeke, W. (2000). Sales call anxiety: Exploring what it means when fear rules a sales encounter. *Journal of Marketing*, 64, 3, 88-91.

Beagrie, S. (2005). How to... avoid burnout. *Personnel Today*, Apr , 27.

Beddie, F., Lorey, B., & Pamphilon, B. (2005). *Enhancing career development: The role of community-based career guidance for disengaged adults*. Adelaide: NCVER.

Bernstein, A. (2006). Empowering People with Severe Mental Illness: A Practical Guide. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 1, 75-77.

Berry, M., Dejours, C., & Villette, M. (2000). The Psychoanalyst's view of the economic war.

Betz, N. E. (2004). Contributions of Self-Efficacy Theory to Career Counseling: A Personal Perspective. *The Career Development Quarterly*, 52, 4, 340-353.

Betz, N., & Wolfe, J. (2004). The Relationship of Attachment Variables to Career Decision-Making Self-Efficacy and Fear of Commitment. *The Career Development Quarterly*, 52, 4, 363-369.

Bishop, M, Mulvihill, M, & Tschopp, M. K. (2001). Career development of individuals with psychiatric disabilities: An Ecological Perspective of Barriers and Interventions. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 32, 2, 25-30.

Bloch, D.P. (2005). Complexity, chaos and nonlinear dynamics; a new perspective on career development theory. *The Career Development Quarterly*, 53, 194-207.

Bok, S. (2004). Rethinking the WHO Definition of Health. *Working Paper Series*, 14, 7, 1-21.

Botterbusch, K. (2000). Career development patterns among professional persons with severe psychiatric disabilities: Implications for practice. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 31, 2, 24-32.

Bramham, J., & Pearce, E. (2005). *Providing Support for the Career Development of Research Staff*. Retirado dia 14 de Dezembro de 2006 de www.grad.ac.uk/downloads/documents/Reports/HERD%20article,%2023%20May%202005.pdf.

Brow, B. (1999). Self-Efficacy Beliefs and Career Development. *ERIC Digest*, 205.

Canadian Mental Health Association. (n.d.). *Faculty Guide: Mental Health Disabilities*. Toronto, ON: Canadian Mental Health Association.

Campbell, C., & Ungar, M. (2004). Constructing a Life That Works: Part 1, Blending Postmodern Family Therapy and Career Counseling. *The Career Development Quarterly*, 53, 1, 16-27.

Capitão, C. G., & Heloani, J.R (2003). Saúde mental e Psicologia do Trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17, 2, 102-108.

Caporoso, R. A., & Kiselica. M. S. (2004). Career Counseling With Clients Who Have a Severe Mental Illness. *The Career Development Quarterly*, 52, 3, 235-245.

Carlson, D. S., & Rotondo, D. M. (2001). Differences in promotion stress across career stage and orientation. *Human Resource Management*, 40, 2, 99.

Carroll, C. B., & Ponterotto, J. G. (1998). Employment counseling for adults with attention-deficit/hyperactivity disorders: Issues Without Answers. *Journal of Employment Counseling*, 35, 2, 79-95.

Casellato, E.O., Moggi, M.A., & Primi, R. (2004). Estudo correlacional do inventário de busca auto-dirigida (self-directed search) com o IFP. *Psicologia Escolar e Educacional*, 8, 1, 47-54.

Chant, D., King, R., & Waghorn, G. (2005). Work-Related Self-Efficacy Among Community Residents With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 2, 105-113.

Cloutier, H., Hagner, D., & McGahie, K. (2001). A model career assistance process for individuals with severe disabilities. *Journal of Employment Counseling*, 38, 4, 197-206.

Cinamon, R., & Gifsh, L. (2004). Conceptions of Work Among Adolescents and Young Adults With Mental Retardation. *The Career Development Quarterly*, 52, 3, 212-224.

Cogdal, P. A., Lustig, D. C., Strauser, D. R., & Uruk, A. C. (2006). Trauma Symptoms: Relationship With Career Thoughts, Vocational Identity, and Developmental Work Personality. *The Career Development Quarterly*, 54, 4, 346-360.

Cohen, B. (2003). Applying Existential Theory and Intervention to Career Decision-Making. *Journal of Career Development*, 29, 3, 195-209.

Cottone, R., & Tarvydas, V. (2000). The code of ethics for professional rehabilitation counselors: What we have and what we need . *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 4, 188-196.

Coursol, D. H., Garrity, L., & Lewis, J. (2001). Career development of trauma survivors: Expectations about counseling and career maturity. *Journal of Employment Counseling*, 38, 3, 134-140.

Cuthbert, B. N., Light, E., Olin, J. T., & Reynolds III, C. F. (2003). Career development and training in geriatric mental health: Report of an NIMH Workshop. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 3, 275-280.

Dekovic, M., Iedema, J., & Meeus, W. (1997). Unemployment and identity in adolescence: a social comparison perspective. *The Career Development Quarterly*, 45, 369-380.

Donnell, C., Lustig, D. L., & Strauser, D. R. (2004). The Relationship Between Working Alliance and Therapeutic Outcomes for Individual With Mild Mental Retardation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 47, 4, 215-223.

Donnelly, M., & McGilloway, S. (2000). Work, rehabilitation and mental health. *Journal of Mental Health*, 9, 2, 199-210.

Duffy, R.D. (2006). Spirituality, Religion, and Career Development, current status and future directions. *The Career Development Quarterly*, 55, 52-63.

Ebberwein, C. A., Krieshok, T. S., Prosser, E. C., & Ulven, J. C. (2004). Voices in Transition: Lessons on Career Adaptability. *The Career Development Quarterly*, 52, 4, 292- 318.

Ellis-Kalton, C. A., Gysbers, N.C., Heppner, M. J., Multon, K. D., & Zook, C. (2001). Client psychological distress: An important factor in career counseling. *The Career Development Quarterly*, 49, 4, 324-335.

Elloy, D. F., & Smith, C. R. (2003). Patterns of stress, work-family conflict, role conflict, role ambiguity and overload among dual-career and single-career couples: an Australian Study. *Cross Cultural Management*, 10, 1, 55-66.

Ender, F. B., Healy, C. C., & Weinstein, F. M. (2002). Career choice anxiety, coping, and perceived control. *The Career Development Quarterly*, 50, 4, 339-350.

Engles, D., Minor, C., Sampson, J., & Splete, H. (1995). Career counseling specialty: History, development, and prospect. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 74, 2, 134.

Fabian, E. S. (1999). Rethinking work: The example of consumers with serious mental health disorders. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42, 4, 302-316.

Fabian, E. S. (2000). Social cognitive theory of careers and individuals with serious mental health disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 3, 262-269.

Faught, D. (2000). Developing Your Professional Network. *STQE Magazine*.

Feller, R. W., Russell, M., & Whichard, J. A. (2005). Career Techniques and Interventions: Themes From an International Conversation. *The Career Development Quarterly*, 54, 1, 36-47.

Fitzgerald, S., Koch, L., Roessler, R., & Rumrill, P. (2001). Determinants of employment status among people with multiple sclerosis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45, 1, 31-39.

Flores, L., & Heppner, M. (2002). Multicultural Career Counseling: Ten Essentials for Training. *Journal of Career Development*, 28, 3, 181-202.

Gaffner, D.C., & Hazler, R.J. (2002). Factors related to indecisiveness and career decision in undecided college students. *Journal of College Student Development*, 43, 3, 317-326.

Garrett, L., O'Connor, D., & White, B. (1997). Stress in female doctors. *Women in Management Review*, 12, 8, 325.

Gatz, M., & Reynolds III, C. F. (2003). Research training in mental health and aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 3, 267-270.

Gioia, D. (2005). Career Development in Schizophrenia: A Heuristic Framework. *Community Mental Health Journal*, 41, 3, 307-325.

Greenblatt, M. (1984). Some ingredients for mental health. *West J Med*, 141, 861-863.

Guindon, M., & Richmond, L. (2005). Practise and Research in Career Counseling and Development – 2004. *The Career Development Quarterly*, 54, 2, 90-137.

Hains, A. A., Saam, R. H., & Wodtke, K. H. (1995). A Cognitive Stress Reduction Program for Recently Unemployed Managers. *The Career Development Quarterly*, 44, 1, 43-51.

Health Canada. (2006). *Mental Health – Mental Illness*. Retirado dia 2 de Novembro de www.healthcanada.gc.ca.

Hendrickson, E. (2001). Finding a Mentor. *STQE Magazine*.

Herr, E. (2001). Career development and its practice: A historical perspective. *The Career Development Quarterly*, 49, 3, 196-211.

Herr, E. (2003). The future of career counseling as na instrument of public policy. *The Career Development Quarterly*, 52, 1, 8-17.

Hill, C., Milburn, L., & Rochlen, A. (2004). Examining the Process and Outcome of Career Counseling for Different Types of Career Counseling Clients. *Journal of Career Development*, 30, 4, 263-275.

Hitchings, W. E., Luzzo, D. A., Retish, P., & Shoemaker, A. (1999). Evaluating differences in college students' career decision making on the basis of disability Status. *The Career Development Quarterly*, 48, 2, 142-156.

Hourani, L. L., Kress. A. M., & William, T. V. (2006). Stress, Mental Health, and Job Performance among Active Duty Military Personnel. *Military Medicine*, 171, 9, 849-856.

Hutri. M., & Lindeman. M. (2002). The Role of Stress and Negative Emotions in an Occupational Crisis. *Journal of Career Development*, 29, 1, 19-36.

Imel, S. (2001). Career Development of Free Agent Workers. *ERIC Digest*, 228.

Kahn, J. P. (2006). Organizational and Occupational Psychiatry: Overview and Examples. *Psychiatric Annals*, 36, 11, 747-754.

Kerka, S. (2000). Parenting and Career Development. *ERIC Digest*, 214.

Kerka, S. (2002). Learning Disabilities and Career Development. *Educational Resources Information Center*. Retirado dia 14 de Dezembro de 2006 de <http://ericacve.org/pab.asp>.

Kiernan, W. (2000). Where are we now: Perspectives on employment of persons with mental retardation. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15, 2, 90-115.

Kjos, D. (1995). Linking career counseling to personality disorder. *Journal of Counseling and Development*, 73, 6, 592-597.

Konata, L., & Zou, T. (n.d.). *Connecting Diversity to Management: A Study of Career Development Patterns of Library Managers in Selected ARL Member Libraries and ARL LCDP Participants*. Georgia State University.

Lambert, R., & McCarthy, C. (1999). Structural model of coping and emotions produced by taking a new job. *Journal of Employment Counseling*, 36, 2, 50-66.

Larsen, H. (2004). Global career as dual dependency between the organization and the individual. *The Journal of Management Development*, 23, 9, 860-869.

Ligos, M. (2002). Solutions for stressful times. *Sales and Marketing Management*, 154, 11, 8.

Lustig, D., & Strauser, D. (2002). The relationship between sense of coherence and career thoughts. *The Career Development Quarterly*, 51, 1, 2-11.

Lustig, D., & Strauser, D. (2003). Na empirical typology of career thoughts of individuals with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 2, 98-107.

Lustig, D., Strauser, D., & Uruk, A. (2004). Differences in Career Thoughts Between Individuals With And Without Disability: Do They Really Exist?. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35, 2, 25-31.

Lustig, D., Strauser, D., & Uruk, A. (2006). Examining the Moderating Effect of Disability Status on the Relationship Between Trauma Symptomatology and Select Career Variables. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49, 2, 90-101.

Maddy-Bernstein, C. (2000). *Career Development Issues Affecting Secondary Schools*. Retirado dia 14 de Dezembro de 2006 de www.nccte.org/publications/infosynthesis/highlightzone/highlight01/highlight01-careerdevelopment.pdf.

Mariani, M. (1995). Beyond psychobabble: Careers in psychotherapy. *Occupational Outlook Quarterly*, 39, 1, 12-25.

Marochi, M.L.G. (2002). Considerações sobre modelos de produção e a Psicologia do Trabalho. *Revista FAE*, 5, 1, 15-28.

Nassif, L.E. (2005). Origens e desenvolvimento da Psicologia do Trabalho em França (séc. XX): uma perspectiva histórica. *Memorandum*, 8, 79-87.

National Institute for Mental Health In England (2003). *Employment for people with mental health problems*. London: Department of Health.

Pearson, Q. M. (1998). Job satisfaction, leisure satisfaction, and psychological health. *The Career Development Quarterly*, 46, 4, 416-426.

Relvas, A.P. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e contexto familiar: perspectiva sistémica. In Soares, I. *Psicopatologia do Desenvolvimento: trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida*.

Secker, J. (1998). Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research: Theory & Practice*, 13, 1, 57-66.

Shreffler, C. (2000). Career Development and Training Opportunities. *Environmental Health Perspectives*, 108, 4, 382.

Vaillant, G. E. (2003). Mental Health. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 8, 1373-1384.

Victorian Health Promotion Foundation. (2005). A Plan for Action 2005 – 2007: Promoting Mental Health and WellBeing. Carlton, Austrália: Mental Health and Wellbeing Unit.

Weinrach, S.G. (2003). A person-centered perspective to welfare-to-work services: in pursuit of the elusive and the unattainable. *The Career Development Quarterly*, 52, 153-161.

Weinstein, M. (2006). Performance anxiety: When performance management doesn't work. *Training*, 43, 1, 9.

Wonacott, M. (2001). Secondary Career Development Interventions. *National Dissemination Center for Career & Technical Education*.

World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health*. Paris, France: WHO Publishing.

World Health Organization. (2006). Human Resources and Training in Mental Health. Genève: WHO Publishing.

Zigmond, T. (2004). A new Mental Health Act for England and Wales. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 161–163.