



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*Saúde Organizacional,
os seus efeitos no mal-estar dos colaboradores*

PEDRO MIGUEL ANDRADE CARDOSO LOBO

Dissertação

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Trabalho efetuado sob orientação de:

Saul Neves de Jesus
Professor Catedrático

2012



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

*Saúde Organizacional,
os seus efeitos no mal-estar dos colaboradores*

PEDRO MIGUEL ANDRADE CARDOSO LOBO

Dissertação apresentada para obtenção do grau de
Mestre no ramo de Psicologia, especialidade de
Psicologia Social e das Organizações

Trabalho efetuado sob orientação de:

Saul Neves de Jesus
Professor Catedrático

Faro, 2012

SAÚDE ORGANIZACIONAL, OS SEUS EFEITOS NO MAL-ESTAR DOS COLABORADORES

DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito.

Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright © Pedro Miguel Andrade Cardoso Lobo

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

A José Pedro Lobo

*"Age sempre segundo uma máxima
tal que desejes, simultaneamente,
a sua transformação em lei
universal"*

Immanuel Kant

*"Somos todos iguais no infinito da
nossa ignorância"*

Karl Popper

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram o seu contributo para que isto fosse possível. A todos deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar, o meu reconhecimento é dirigido ao Prof. Saul Neves de Jesus pela sapiência com que norteou este trabalho. Quero expressar a minha gratidão pelos preciosos conselhos que representaram o garante da realização deste trabalho científico. O seu saber e o seu entusiasmo representaram um marco que potenciou o meu desenvolvimento pessoal e académico. A forma rigorosa, criativa e atenta que pautou a sua orientação promoveu, simultaneamente a minha autonomia.

Aos meus queridos colegas e amigos José Martinho, Tânia Saramago e Carolina Escórcio pela boa disposição, disponibilidade e sentido de oportunidade.

Às extraordinárias colegas de gabinete, Dr.^a Sónia Ramos e Dr.^a Margarida Brito da Mana, pelo apoio incondicional. À Dr.^a Sílvia Cabrita pela disponibilidade e confiança que depositou neste trabalho. À Gininha Cardoso e à Ana Nora pelos mimos e confortos... Aos Srs. António Manuel e Paulo Jorge, do setor de reprodução documental, pelo excelente trabalho tipográfico.

Aos meus pais por terem feito de mim aquilo que sou. A eles tudo devo e, por mais que faça, jamais conseguirei retribuir... espero que tenha contribuído para se realizarem como excelentes pais que sempre serão. A eles e aos meus irmãos por, apesar da distância, reservarem sempre o meu lugar suas vidas.

A ti por, apesar de teres o meu coração, sempre impelires a minha razão... Por fazeres parte da minha vida, por seres assim...

TÍTULO: Saúde Organizacional, os seus efeitos no mal-estar dos colaboradores

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar a relação existente entre a Saúde Organizacional e o Mal-Estar. A amostra é constituída 437 colaboradores de várias categorias sociodemográficas e socioprofissionais, de duas instituições públicas, uma universidade e um hospital, e várias instituições do setor privado, sendo 71,2% do sexo feminino. A Saúde Organizacional foi medida através Escala de Perceção de Saúde Organizacional (EPSaO) de Gomide Jr. e Fernandes (2008). O Mal-Estar resulta da medida compósita de ansiedade, depressão e stresse, medido através da Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21), de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), produto da adaptação à população portuguesa do Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) de Lovibond e Lovibond (1995). Através da ANOVA, os resultados mostraram que há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, para o fator *integração* da escala da saúde organizacional ($F_{(2, 433,590)} = 6,349, \rho = 0,002$). O recurso ao teste *post-hoc* mostrou que a universidade e o hospital formavam um grupo homogéneo. Este resultado foi comprovado pelo *T-Test* revelando que dimensão *integração* um $t_{(295)} = 0,864; \rho = 0,388$ e para a dimensão *flexibilidade* um $t_{(295)} = -0,371; \rho = 0,711$. A regressão múltipla *stepwise* mostrou que a saúde organizacional não tem influência na ansiedade ($F_{(2,294)} = 1,194; \rho = 0,305$). Mostrou que 4,9% da variância da depressão é explicada pelo fator flexibilidade da saúde organizacional ($F_{(1, 295)} = 15,222 \rho = 0,000; \beta = -0,222; t = -3,902; \rho = 0,000$). O mesmo fator da saúde organizacional tem impacto no stresse, explicando 3,4% da sua variância ($F_{(1, 295)} = 10,374, \rho = 0,001; t = -3,220; \rho = 0,001$). Com base na *path analysis* verificou-se que apesar do modelo se ajustar à população ($\chi^2 = 166,270; gl = 1; \rho = 0,062$), os indicadores de ajustamento do modelo revelam um ajustamento pobre do modelo hipotético e os dados observados (NFI = 0,131; CFI = 0,123; RMSEA = 0,747). Os resultados mostram a pertinência do conceito e sugere-se futuros estudos para explicar a restante percentagem de variância latente.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Organizacional, Mal-Estar, Ansiedade, Depressão, Stresse.

TITLE: Organizational Health, its effects on the ill-being of employees

ABSTRACT

This study aimed to identify the relationship between the Organizational Health and Ill-Being. The sample consists of 437 employees from various socio-demographic and socio-professional categories, obtained from two public institutions, a university and a hospital, and several private sector institutions, with 71.2% female. The Escala de Percepção de Saúde Organizacional (EPSaO), of Gomide Jr. and Fernandes (2008), measured the Organizational Health. The ill-being of employees results from the Escala da Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), of Pais-Ribeiro, Honrado and Leal (2004), that is a product of adaptation to Portuguese population of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), formulated by Lovibond and Lovibond (1995). By ANOVA, the results showed statistically significant differences between the three groups, for the integration factor of the organizational health scale ($F_{(2, 433,590)} = 6.349; \rho = 0,002$). The use of post-hoc test showed that the university and the hospital formed a homogeneous group. This result was confirmed by the *T-Test*, that revealed to the dimension integration $t_{(295)} = 0.864; \rho = 0.388$ and flexibility dimension $t_{(295)} = -0,371; \rho = 0,711$. A stepwise multiple regression analysis showed that the organizational health has no influence on anxiety ($F_{(2, 294)} = 1.194; \rho = 0,305$). Showed that 4.9% of the variance of depression is explained by the flexibility factor of organizational health ($F_{(1, 295)} = 15,222; \rho = 0,000; \beta = -0,222, t = -3,902, \rho = 0.000$). The same factor of organizational health has an impact on stress, explaining 3.4% of the variance ($F_{(1, 295)} = 10,374; \rho = 0,001; t = -3.220; \rho = 0,001$). Based on the path analysis it was found that despite the model fit the population ($\chi^2 = 166,270; gl = 1; \rho = 0,062$), indicators model adjustment show a poor adjustment of the hypothetical model and the observed data (NFI = 0,131; CFI = 0,123; RMSEA = 0,747). Results show the relevance of the concept and it is suggested further studies to explain the remaining percentage of variance latent.

KEYWORDS: Organizational Health, Ill-Being, Anxiety, Depression, Stress

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1 SAÚDE ORGANIZACIONAL	9
2.1.1 <i>Da Efetividade à Saúde Organizacional</i>	9
2.1.2 <i>O Conceito de Saúde Organizacional</i>	19
2.1.3 <i>Evidências Empíricas</i>	32
2.2 MAL-ESTAR	38
2.2.1 <i>Depressão</i>	40
2.2.2 <i>Ansiedade</i>	42
2.2.3 <i>Stresse</i>	44
2.2.4 <i>Implicações para a Saúde</i>	55
3. METODOLOGIA	66
3.1 OVERVIEW	67
3.2 AMOSTRA	68
3.3 PROCEDIMENTO	75
3.4 INSTRUMENTOS	76
3.4.1 <i>Saúde Organizacional</i>	77
3.4.2 <i>Mal-Estar</i>	79
4. RESULTADOS	84
4.1 ANÁLISE EXPLORATÓRIA	85
4.2 ANÁLISE DA VARIÂNCIA (ANOVA)	90
4.3 COMPARAÇÃO DE GRUPOS (<i>T-TEST</i>)	96
4.4 REGRESSÃO MÚLTIPLA	97
4.4.1 <i>Contributo da Saúde Organizacional para a Ansiedade</i>	97
4.4.2 <i>Contributo da Saúde Organizacional para a Depressão</i>	98
4.4.3 <i>Contributo da Saúde Organizacional para o Stresse</i>	102
4.5 PATH ANALYSIS	105
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	108
6. CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXO 1. INSTRUMENTO	141

Índice de Figuras

FIGURA 1. MODELO CULTURA-TRABALHO-SAÚDE PROPOSTO POR PETERSON E WILSON (2002)	28
FIGURA 2. ESQUEMA REPRESENTATIVO DO MODELO DE ANÁLISE PROPOSTO.....	67
FIGURA 3. GRÁFICO DE CAIXA DE BIGODES (<i>BOXPLOT</i>) DA DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DAS IDADES PELOS TRÊS TIPOS DE ORIGEM	70
FIGURA 4. GRÁFICO DE BARRAS DAS HABILITAÇÕES, POR TIPO DE ORIGEM.	71
FIGURA 5. GRÁFICO DA DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS.	73
FIGURA 6. GRÁFICO DE BARRAS DA DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DO SETOR PÚBLICO.	73
FIGURA 7. GRÁFICO DE BARRAS DA DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS SUJEITOS QUE DESEMPENHAM FUNÇÕES DE CHEFIA/COORDENAÇÃO.	74
FIGURA 8. GRÁFICO DAS MÉDIAS DOS ANOS DE ANTIGUIDADE, POR TIPO DE ORIGEM.	75
FIGURA 9. NORMAL Q-Q PLOT E HISTOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS IDADES, PARA AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA DISTRIBUIÇÃO.	86
FIGURA 10. GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO FATOR INTEGRAÇÃO PELA ORIGEM ($P = 0,002$).	93
FIGURA 11. GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO FATOR FLEXIBILIDADE PELA ORIGEM ($P = 0,689$).....	93
FIGURA 12. GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO FATOR ANSIEDADE PELA ORIGEM ($P = 0,000$)	94
FIGURA 13. GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO FATOR DEPRESSÃO PELA ORIGEM ($P = 0,000$)	95
FIGURA 14. GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DO FATOR STRESSE PELA ORIGEM ($P = 0,000$)	95
FIGURA 15. DIAGRAMA DE DISPERSÃO ENTRE RESÍDUOS ESTANDARDIZADOS E OS VALORES PREVISTOS ESTANDARDIZADOS DA VARIÁVEL DEPENDENTE DEPRESSÃO.	99
FIGURA 16. HISTOGRAMA DE RESÍDUOS ESTANDARDIZADOS COM A SOBREPOSIÇÃO DA CURVA NORMAL E O GRÁFICO <i>NORMAL P-P</i> PARA AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA DISTRIBUIÇÃO.	100
FIGURA 17. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA INFLUÊNCIA DA FLEXIBILIDADE E ADAPTABILIDADE A EXIGÊNCIAS EXTERNAS NA DEPRESSÃO (RELAÇÃO NEGATIVA).	101
FIGURA 18. DIAGRAMA DE DISPERSÃO ENTRE RESÍDUOS ESTANDARDIZADOS E OS VALORES PREVISTOS ESTANDARDIZADOS DA VARIÁVEL DEPENDENTE DEPRESSÃO.	102
FIGURA 19. HISTOGRAMA DE RESÍDUOS ESTANDARDIZADOS COM A SOBREPOSIÇÃO DA CURVA NORMAL E O GRÁFICO <i>NORMAL P-P</i> PARA AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA DISTRIBUIÇÃO.	103
FIGURA 20. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA INFLUÊNCIA DA FLEXIBILIDADE E ADAPTABILIDADE A EXIGÊNCIAS EXTERNAS NO STRESSE (RELAÇÃO NEGATIVA).....	104
FIGURA 21. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA ANÁLISE DE CAMINHOS (<i>PATH ANALYSIS</i>) DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE ORGANIZACIONAL E MAL-ESTAR.	106

Índice de Tabelas

TABELA 1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE ORGANIZACIONAL	22
TABELA 2. SUMÁRIO DA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE EFETIVIDADE ORGANIZACIONAL E SAÚDE ORGANIZACIONAL.	31
TABELA 3. FREQUÊNCIA RELATIVA E ABSOLUTA DA AMOSTRA, POR TIPO DE ORIGEM	68
TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO SEXO, POR TIPO DE ORIGEM.....	69
TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DAS HABILITAÇÕES NA AMOSTRA, POR TIPO DE ORIGEM.....	70
TABELA 6. ADAPTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DAS PROFISSÕES PORTUGUESAS	72
TABELA 7. FREQUÊNCIA RELATIVA E ABSOLUTA DAS PROFISSÕES DA AMOSTRA.	72
TABELA 8. MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL DA ANTIGUIDADE, POR TIPO DE ORIGEM.....	75
TABELA 9. FATORES, DEFINIÇÕES ITENS E CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DE PERCEÇÃO DE SAÚDE ORGANIZACIONAL DE GOMIDE JR. E FERNANDES (2008).....	78
TABELA 10. INTERPRETAÇÃO DO SCORE MÉDIO DA ESCALA DE PERCEÇÃO DE SAÚDE ORGANIZACIONAL DE GOMIDE JR. E FERNANDES (2008).	79
TABELA 11. CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS EADS DE 42 E 21 ITENS (PAIS-RIBEIRO, HONRADO & LEAL, 2004).	81
TABELA 12. SÚMULA DAS CARACTERÍSTICAS DA EADS-21 DE PAIS-RIBEIRO, HONRADO E LEAL (2004).	83
TABELA 13. RESULTADO DAS CORRELAÇÕES BIVARIADAS DE PEARSON (R) ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOPROFISSIONAIS E A SAÚDE ORGANIZACIONAL, NAS SUAS DUAS DIMENSÕES.	87
TABELA 14. ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS SAÚDE ORGANIZACIONAL E MAL-ESTAR, PONDERADOS POR ORIGEM. 87	
TABELA 15. CORRELAÇÃO BIVARIADAS DE PEARSON (R) ENTRE AS VARIÁVEIS SAÚDE ORGANIZACIONAL E MAL-ESTAR.	89
TABELA 16. RESULTADO DO TESTE KOLMOGOROV-SMIRNOV COM CORREÇÃO LILLIEFORS	90
TABELA 17. TESTE DE LEVENE PARA A HOMOGENEIDADE DAS VARIÂNCIAS	91
TABELA 18. RESULTADO DA ANOVA COM A CORREÇÃO DE BROWN-FORSYTHE	91
TABELA 19. AVALIAÇÃO POST-HOC DE SCHEFFE DA ANOVA.....	92
TABELA 20. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE AS VARIÁVEIS DE SAÚDE ORGANIZACIONAL E MAL-ESTAR, PARA OS SUJEITOS DO SETOR PÚBLICO.....	96
TABELA 21. RESUMO DA REGRESSÃO STEPWISE PARA A VARIÁVEL CRITÉRIO DEPRESSÃO.....	100
TABELA 22. LISTA DE CASOS OUTLIERS NA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E FLEXIBILIDADE E ADAPTABILIDADE A EXIGÊNCIAS EXTERNAS.	101
TABELA 23. RESUMO DA REGRESSÃO STEPWISE PARA A VARIÁVEL CRITÉRIO STRESSE.	104
TABELA 24. LISTA DE CASOS OUTLIERS NA RELAÇÃO ENTRE STRESSE E FLEXIBILIDADE E ADAPTABILIDADE A EXIGÊNCIAS EXTERNAS.	105

Índice de Anexos

ANEXO 1. INSTRUMENTO	141
-----------------------------------	------------

1. INTRODUÇÃO

O cronómetro *Taylorista* e a produção em série *Fordista* e, sobretudo, o impacto que tiveram na qualidade de vida dos trabalhadores, despertaram a atenção da psicologia e ainda hoje constituem muitos dos cânones do comportamento organizacional. Cerca de um século volvido, a atenção mantém-se, os problemas são outros; as organizações contemporâneas, com as suas exigências em termos de aumentos de produtividade, redução de custos e *downsizing*, relações de trabalho e estrutura política, horários irregulares e articulação entre vida pessoal e vida profissional continuam, como seria de esperar, a ter um grande impacto no bem-estar no colaborador.

Tanto quanto influenciam positivamente a vida dos seus trabalhadores, as organizações detêm um papel preponderante na manutenção da sua saúde. Entre as principais consequências negativas são de salientar os problemas físicos (e.g., doenças cardiovasculares ou gastrointestinais), psicológicos (e.g., ansiedade, depressão ou esgotamento) e comportamentais (e.g., absentismo, taxa de rotatividade).

Como corolário, as organizações ressentem-se igualmente com o stresse, principalmente em termos de produtividade, do aumento das taxas de erros e acidentes de trabalho, e da menor flexibilidade para responder atempadamente aos desafios da envolvente externa. Sendo assim, urge a necessidade de estudo e esclarecimento relação aos fatores que contribuem para o desajustamento entre a organização e o trabalhador.

Outras fontes de pressão, relacionadas com a vida pessoal, poderão interferir e aumentar a vivência inadequada. Estas causas são contudo intermediadas por um conjunto de características pessoais e situacionais que podem amortecer ou, pelo

contrário, acentuar sintomas de *strain*, tais como, características de personalidade (e.g., *locus* de controlo, personalidade tipo A, propensão otimista *versus* pessimista) ou os vários tipos de apoio social disponível ao indivíduo (Cunha, *et. al.*, 2003). Como tal, é pertinente, também, prever que variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais podem predispor comportamentos de desajustamento com determinado perfil organizacional (i.e., o conjunto de políticas adotadas pela organização, que definirão, por exemplo, a estrutura, a cultura, etc.).

O que acontece com a gestão e prevenção do stresse ocupacional? Acabarão os humanos por se adaptar às pressões, ou haverá necessidade de arrear caminho na lógica atualmente prevalecente que enfatiza a competição cerrada, os prazos, a eficácia, o trabalho acima de qualquer outra faceta da vida? Estarão as empresas e os gestores preparados para prescindir de uma parte dos lucros em prol da melhor saúde dos seus colaboradores? Ou haverá necessidade de que isto ocorra – porque a saúde dos colaboradores e a das empresas são duas facetas inseparáveis? São questões que, invariavelmente, se colocam nos dias de hoje.

Estas questões são de tal forma pertinentes e atuais que o Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (CARIT), como representantes da União Europeia de todos os Estados (UE), com o desenvolvimento prático por parte da Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), escolheu o ano de 2012 para fomentar a avaliação dos riscos psicossociais nos locais de trabalho.

Não muito arredado dessa esfera global situa-se o objetivo de estudo deste trabalho. Concretamente averiguar-se-á se a saúde da empresa que a caracteriza têm

repercussões no mal-estar dos seus colaboradores. É neste ponto se concentra a pertinência e aplicabilidade social desta investigação.

A análise deste fenómeno e a procura de soluções para o mesmo, no entanto, não deve ser feita numa perspetiva centrada apenas nos sujeitos que apresentam mal-estar, mas sim numa perspetiva organizacional, pois há sujeitos que apresentam mal-estar numa organização e não apresentam noutra. Assim, é importante compreender as relações entre a saúde dos colaboradores e a saúde da própria organização onde estes exercem a sua atividade profissional. Será que organizações mais saudáveis permitem colaboradores mais saudáveis? E organizações menos saudáveis provocam um aumento dos índices de mal-estar dos colaboradores?

A variável Saúde Organizacional é uma das principais variáveis que na atualidade é estudada nesta fronteira entre os contributos da Psicologia das Organizações e da Psicologia da Saúde.

Este estudo propõe como objetivo primaz investigar, sob o enfoque do comportamento organizacional, o impacto da saúde organizacional percebida, no mal-estar dos trabalhadores.

Para a consecução deste preceito, o presente trabalho está dividido em seis capítulos e um anexo. O primeiro capítulo trata-se deste introito.

O capítulo 2, o enquadramento teórico sumaria revisão literária aprofundada no domínio dos construtos em análise. A primeira secção diz respeito ao conceito de saúde organizacional. É feita uma contextualização histórica do conceito, emergindo do conceito de efetividade, posteriormente a explanação da discussão a respeito do conceito e, por fim, as evidências empíricas que o sustentam. A segunda secção

refere-se ao conceito de mal-estar, neste estudo, conceptualizado através das dimensões depressão, ansiedade e stresse. Este último, é o conceito mais estudado no âmbito da psicologia das organizações, como tal, merecerá especial destaque. A subsecção termina com as implicações para a saúde.

O terceiro capítulo centra-se na metodologia do estudo. Começa por dar uma panorâmica geral do estudo, com o *overview*, que sintetiza o modelo em análise e as questões de investigação que motivaram o seu estudo. De seguida define e caracteriza a amostra, nas suas variáveis sociodemográfica e socioprofissionais. Posteriormente são enumerados os instrumentos utilizados para a mensuração dos construtos em análise, assim como, as suas características psicométricas.

Os resultados da investigação são apresentados no quarto capítulo, dividindo-se em cinco subsecções. A primeira diz respeito a uma análise genérica e exploratória dos dados. A segunda a uma análise das variâncias dos conceitos em estudo. Da aplicação da ANOVA foram encontrados dois grupos que partilhavam algumas características, como tal, foram comparados com recurso ao teste de *T*. A explicação do contributo das variáveis de saúde organizacional na saúde dos colaboradores foi avaliada com recurso à regressão múltipla, por etapas. O modelo que daí resultou foi avaliado, na quinta secção, com recurso à *path analysis*.

No quinto capítulo são debatidos os resultados encontrados, confrontando-os com os achados anteriores. A discussão é feita de uma forma bastante sintética e pragmática, respondendo diretamente às questões de investigação.

Por último, a conclusão, consiste no balanço final do trabalho. São realçados os aspetos principais, são formulados juízos críticos do que se conseguiu alcançar e lançam-se sugestões para trabalhos futuros.

Espaço ainda para os elementos pós-textuais, nomeadamente, as referências bibliográficas e o instrumento, como anexo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O impacto das novas tecnologias, introduzidas a partir dos finais do século XX, repercutiu-se em inúmeras mudanças nas organizações, emergindo a necessidade de diferentes respostas aos novos desafios impostos. Deste modo, o ambiente dinâmico das organizações em mudança alterou as relações e a natureza do trabalho (Rosseau, 1997) o que, conseqüentemente, ocasionou o aparecimento de novos elementos para a investigação do comportamento organizacional e novos significados para conceitos já existentes.

Um dos temas emerge deste novo paradigma organizacional, e que tem despertado o interesse dos investigadores da área, é a *Saúde Organizacional*. O termo é primeiramente enunciado por Bennis em 1962, estreitamente ligado à noção de efetividade organizacional e aos critérios de saúde mental dos indivíduos. Contudo, esta definição não foi consensual e, mais tarde, surgiram autores a distinguir a saúde da organização e a saúde do trabalhador (e.g. Shoaf, Karwowski & Huand, 2004; Williams, 1994; Wilson, Vandenberg, Richardson & McGath, 2004) outros, porém, preferiram definir a organização saudável como a que não gerasse stresse aos empregados (Cox & Howath, 1990); ainda, Assmar e Ferreira (2004), Peterson e Wilson (2002) e Quick (1999) adotaram uma postura eclética postulando uma interdependência entre saúde organizacional e a saúde dos trabalhadores.

Um dos melhores contributos para clarificação deste conceito advém do trabalho de Gomide Jr., Moura, Cunha e Sousa (1999). Estes investigadores, conscientes da proliferação de significados, sobretudo a partir da década de noventa, propuseram um novo conceito para este constructo. Alicerçados nos pressupostos de

Schein (1965), Bennis (1966) e Fordyce e Weil (1971) os autores ditaram a seguinte definição, que será tomada como quadro referencial neste trabalho:

“Saúde organizacional diz respeito à capacidade da organização desenvolver altos níveis de adaptabilidade e flexibilidade às exigências externas quando necessário, e ainda promover alto grau de integração entre os empregados e as suas equipas de trabalho” (cit. in Fernandes, 2008, p. 11).

Em suma, uma organização saudável é aquela capaz de ser percecionada como um sistema integrado de pessoas, interagindo com outras organizações e com a envolvente, conforme o padrão de relações que estabelecem a todos os níveis (Brandt & Coimbra, 1995).

Shoaf, *et. al.*, 2004 referem que a saúde organizacional influencia diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores, isto é, o seu bem-estar, sublinhando reflexos, sobretudo, em perturbações de ansiedade, depressão e doenças psicossomáticas.

Ao longo deste capítulo estas duas questões serão debatidas.

2.1 Saúde Organizacional

2.1.1 DA EFETIVIDADE À SAÚDE ORGANIZACIONAL

A primeira definição de saúde organizacional remonta aos anos 50, por Bennis (1962) e tem por base o conceito de efetividade organizacional. Contudo, existe alguma controvérsia em torno deste conceito, que se assume complexo e passível das mais variadas abordagens.

Por se tratar de um tema fulcral nas ciências da organização, quer em termos práticos quer teóricos, assume-se de extrema importância que os autores reúnam consenso em torno da sua definição.

Algumas das principais críticas apontadas prendem-se com a definição dos critérios de efetividade organizacional. A própria tradução para português do termo inglês *effectiveness*, levanta questões relacionadas com a indefinição e consequente miscelânea de termos que são tratados como sinónimos (efetividade, eficácia ou eficiência). Segundo o dicionário, *efetividade* significa real, que existe e funciona de facto, que produz efeito e é estável e permanente. *Eficaz* tem que ver com produzir efeitos e a qualidade de tornar efetivo. *Eficiência* significa produzir com o mínimo de erros ou com menos meios. Deste modo, à semelhança do quadro conceptual definido para o estudo e tendo em conta que é a denominação que congrega em si a maioria das características, adotou-se o termo efetividade.

Ademais, na definição de critérios de efetividade numa organização estão intrínsecas questões de valores ou normalidade e os inerentes pressupostos utilizados na formulação de um julgamento destas operações (Bennis, 1962).

Cabe a Selznick (1948) um dos primeiros estudos com o intuito de clarificar os critérios válidos para o conceito de efetividade organizacional. Na sua conceção, relacionando o comportamento humano com um sistema presumivelmente fixo de necessidades (a organização económica/resultados), se um determinado sistema se julgar possuidor de necessidades básicas, relacionadas com a sua subsistência, a organização desenvolver meios de autodefesa para sobreviver, sendo a efetividade representada pela defesa diária do alcance desta sobrevivência. Posto isto, o autor

destaca cinco critérios de efetividade que devem ser atendidos se a organização quer sobreviver e progredir: a segurança da organização como um todo em relação às forças sociais do seu ambiente; a estabilidade das linhas de autoridade e comunicação; a estabilidade de relações informais dentro da organização; a continuidade da política e das fontes da sua determinação e, por último, a homogeneidade da perspectiva do significado e papel da organização.

Georgopoulos e Tannenbaum (1957) definem o conceito de efetividade organizacional como a extensão em que uma organização, enquanto sistema social, alcança os seus objetivos sem causar danos aos meios e recursos e sem gerar tensão ou conflito entre os seus membros. Paz (2004) considera esta definição utópica na medida em que, cada vez mais, se torna difícil dissociar as organizações de fortes mudanças e consequente instabilidade, angústia e insegurança entre os funcionários. Os autores identificam, ainda, a produtividade organizacional, a flexibilidade na forma de ajustamento bem-sucedido às mudanças organizacionais internas, a adaptação às mudanças externas e a falta de tensão intra-organizacional ou conflito entre subgrupos organizacionais enquanto critérios de efetividade organizacional.

À semelhança de Selznick (1948), Bronowski (1959) e Sanford (1958) postularam que a satisfação pessoal e a efetividade estavam relacionadas positivamente: à medida que a satisfação aumentava, aumentava também a efetividade. Contudo, Likert (1958) contestou esta premissa atestando, com base nas suas observações de diversas organizações, que não é suficiente medir apenas o moral e as atitudes dos funcionários para com a sua organização, supervisão e trabalho. Baseando-se no critério dos múltiplos objetivos, o autor propõe que a efetividade é

definida pela interação de diferentes esquemas de valores nas organizações, raciocínio que segue a linha de investigação de Parsons (1956) acerca das divergências encontradas nas organizações relativamente ao alcance das suas estratégias.

Na década de 60, proliferam as definições de efetividade organizacional baseadas na dependência de recursos. Para Burns e Stalker (1961), a adaptação da organização ao meio e a comparação dos resultados obtidos com os objetivos fixados pela organização são indicadores de efetividade. Seashore (1962) postula que efetividade pode ser representada pelo alcance de objetivos ou o progresso no alcance desses objetivos. Já Schein (1965) conceptualiza efetividade como a capacidade da organização de sobreviver, de se adaptar, de se manter e crescer, independente das particulares funções desempenhadas.

Em 1964, Argyris afirma que, para além do lucro, as medidas de efetividade devem ser ampliadas em diversas variáveis de intervenção como a personalidade, tradições, valores, orientações cognitivas ou perceções. Segundo o autor, a organização aumenta a sua efetividade quando obtém: *output* (saídas) crescentes e constantes ou *input* (entradas) diminuindo; ou *output* (saídas) constantes com *input* (entradas) diminuindo; e pode realizar a efetividade da organização de tal maneira que o processo siga as orientações anteriores. Argyris considera que para alcançar efetividade organizacional, uma organização manifesta três atividades centrais: consegue atingir os seus objetivos internos; mantém o seu sistema interno; e adapta-se ao seu ambiente externo.

Com o intuito de responder às críticas apontadas em torno do conceito de efetividade, Bennis (1966) propôs a utilização dos critérios de saúde mental definidos

por Jahoda (1958) no contexto organizacional. Para o autor, os critérios utilizados para determinar a saúde mental dos indivíduos podem ser utilizados para determinar a saúde das organizações. Tal como Bennis, outros autores (Fordyce & Weil, 1971; Mello, 1978) tentaram posteriormente solucionar as divergências transpondo os critérios de desenvolvimento e renovação dos sistemas abertos (pessoas, grupos, famílias, comunidades e sociedades) para a saúde das organizações.

Em 1966, Katz e Kahn conceptualizam a organização enquanto sistema aberto e dinâmico, caracterizado por um contínuo processo de *input*, transformação e output, o que tem importantes repercussões na compreensão do comportamento organizacional e na efetividade organizacional. Nesta conceptualização, *input* é entendido enquanto a inclusão de novas pessoas na organização, materiais e energia, output como os produtos e serviços oferecidos pelo sistema empregador. Com o intuito de clarificar o construto de efetividade, os autores recorreram a uma definição abrangente que sustenta que as organizações sobrevivem apenas enquanto forem capazes de manter o processamento de informações e de energia necessária para o seu crescimento, sendo esta uma forma de quantificar a efetividade da organização. Esta efetividade é vista como a extensão em que todas as formas de rendimento para a organização são maximizadas, podendo tratar-se de uma efetividade em curto prazo, associada a obtenção de lucros (critério interno) ou a longo prazo, relacionada com o armazenamento, crescimento, sobrevivência e controlo do meio ambiente (critério externo).

Ainda no contexto da organização enquanto sistema aberto, vários autores na década de 70 centraram as suas atenções nos subsistemas em detrimento das trocas

com o meio. São exemplo Goodman e Pennings (1977), que consideram que determinada organização é efetiva se as exigências que compõe cada subsistema forem satisfeitas.

Fruto da análise de vários critérios de efetividade, Steers e Spencer (1997) propõe a adoção de uma outra abordagem multidisciplinar. Assim, o estudo da efetividade deve ter por base três princípios básicos: otimizar os objetivos; procurar entender a percepção dos empregados face à organização; e ter ênfase no comportamento humano.

Nos anos 80, as tentativas de organização e classificação dos critérios de efetividade resultam na elaboração de modelos, como os propostos por Miles (1980), Quinn e Rohrbaugh (1983) ou Cameron (1986).

No caso de Miles (1980), a efetividade é tida como um modelo ao nível sistémico que necessidade de *inputs* para o processo de transformação e de *outputs* como parte de um todo e não elementos independentes.

O modelo dos valores contrastantes, resultado do estudo de Quinn e Rohrbaugh (1983) destaca-se pelo facto de se tratar de uma síntese de modelos antecedentes, através de uma análise multidimensional onde os critérios são classificados em três valores que correspondem cada qual a uma dimensão. Neste estudo, que contou com a participação de autores de publicações referentes ao tema da efetividade organizacional, é possível distinguir duas etapas, sendo uma primeira de carácter mais exploratório onde vários itens são eliminados, e uma segunda onde a similaridade entre cada par de itens remanescentes deveria ser avaliada.

No final desta última etapa, os autores pretendiam garantir que os critérios que permaneceram como representantes de efetividade organizacional pertenciam ao nível organizacional de análise, estavam relacionados com desempenho organizacional, constituíam um índice singular e estavam relacionados com o conceito de efetividade organizacional. Seguidamente, fruto da análise multidimensional dos critérios emparelhados, os autores identificaram três dimensões cognitivas. A primeira dimensão, designada de foco organizacional, varia da ênfase interna (bem estar e desenvolvimento das pessoas da organização) à ênfase externa (bem-estar e desenvolvimento da organização); a segunda dimensão, estrutura organizacional, varia da ênfase na estabilidade até à ênfase na flexibilidade, contrastando estabilidade e controlo com flexibilidade e mudança; e, por último, a dimensão meios e fins organizacionais que diz respeito ao binómio meios-fins.

Quinn e Rohrbaugh (1983) procederam à reorganização dos critérios utilizando a análise de *cluster* e cruzaram-nos de acordo com as três dimensões supracitadas. Posto isto, identificaram quatro modelos de medidas/critérios de efetividade organizacional que já haviam sido referidos na literatura a respeito do tema. O primeiro modelo respeita às *relações humanas*, salienta a flexibilidade e o foco interno. Os seus meios são a coesão e o moral e visa o desenvolvimento dos recursos humanos. O segundo modelo, designado *sistema aberto* enfatiza o foco externo, os seus meios são a flexibilidade e a facilidade enquanto os fins são o crescimento, a aquisição de recursos e o suporte externo. O terceiro modelo, 'processo interno' destaca o foco interno e o controlo, sendo a gestão de informações e a comunicação os seus meios e a estabilidade e o controlo dos processos os seus fins. Por último, o

modelo do 'objetivo racional' enfatiza o foco externo e o controlo, os seus meios são o planeamento com vista à produtividade e eficiência organizacional. Não obstante a identificação do critério *qualidade do resultado da organização*, Quinn e Rohrbaugh (1983) verificaram, pelo isolamento no espaço tridimensional, tratar-se de uma estrutura única disseminada por todos os modelos, não se ajustando portanto a um modelo específico de efetividade organizacional.

Também Cameron (1986), com base nos conceitos de Quinn e Rohrbaugh (1983) propôs uma classificação da efetividade organizacional segundo oito modelos explicativos. Para o autor, cada um dos modelos de efetividade organizacional é útil em determinada circunstância. O *modelo de objetivos* coincide com a visão de efetividade organizacional baseada no alcance de objetivos estabelecidos pela organização, pelo que uma organização é efetiva na medida em que realiza os objetivos a que se propõe. Como depende dos objetivos da organização, o modelo é útil quando estes são claros e consensuais, limitados no tempo e facilmente mensuráveis.

Já o modelo do *sistema de recursos humanos*, ainda que parco em contribuições para a compreensão da efetividade organizacional, coloca o ênfase nos meios organizacionais, atestando que uma organização efetiva é aquela capaz de obter do ambiente externo os recursos de que necessita para a realização das suas atividades e dos seus serviços. O modelo de *processo interno* é o eleito quando existe uma ligação bem estabelecida entre processo organizacional e desempenho. Neste modelo considera-se efetiva a organização em que não há tensão entre os membros e que apresenta facilidade no seu funcionamento interno. No modelo dos 'membros

estratégicos' define-se como efetiva a organização que satisfaz minimamente as estratégias dos seus membros. No modelo dos 'valores concorrentes', a efetividade de uma organização reside na ênfase que os seus membros atribuem a diferentes critérios, de acordo com as suas preferências. A presença de julgamentos de valor no conceito de efetividade organizacional já havia sido assinalada por Zammuto (1984).

No sexto modelo, o da *legitimidade*, Cameron (1986) considera efetiva a organização que se envolve numa atividade legítima e apresenta a capacidade de sobrevivência ao longo do tempo. No modelo *dirigido para os defeitos*, a organização efetiva é aquela que não apresenta defeitos e, no oitavo e último modelo, do *sistema de alto desempenho*, efetiva é a organização considerada excelente em relação a outras organizações similares.

Apesar dos esforços empreendidos no sentido de clarificar e delimitar o conceito de efetividade organizacional, no início da década de 90, a ambiguidade e a confusão em torno do conceito permanecem e alguns autores atestam a contínua dificuldade inerente à tarefa (Brunet, Brassard & Corriveau, 1991; Banner & Gagné, 1995).

Para Ostroff e Schmitt (1993) as investigações devem centrar-se na procura de uma configuração interna consistente de atributos organizacionais relativos a diferentes domínios de desempenho organizacional. Os autores consideram três dimensões de valor que estruturam as configurações das variáveis organizacionais, a saber o foco, a estrutura e os meios e fins organizacionais.

Harrison (1994) define efetividade organizacional enquanto a capacidade da organização para atingir metas de produção, gerir os processos relacionados com os

recursos humanos e materiais disponíveis para alcançar estas metas e ainda a capacidade de gerir os seus recursos internos tendo em vista a adaptação às influências externas. Neste contexto, o autor assinala enquanto critérios de efetividade organizacional: (1) as metas de produção (alcance dos objetivos, quantidade e qualidade dos resultados), (2) estado interno do sistema (custos de produção, resultados humanos, relações interpessoais, etc.) e (3) adaptação e posicionamento de recursos (legitimidade, competitividade, adaptabilidade, inovação, etc.).

Mais recentemente, Lusthaus, Adrien, Anderson, Carden e Montalván (2002) definem efetividade organizacional enquanto a extensão em que uma organização é capaz de alcançar os seus objetivos, definição semelhante à já proposta por Georgopoulos e Tannenbaum em 1957 e coerente com o *modelo dos objetivos* de Cameron (1986). Contudo, os autores assinalam a dificuldade em avaliar a efetividade face à inexistência de dimensões comuns de efetividade transversais a todas as organizações. Para identificar as dimensões da efetividade organizacional, seria necessário, na opinião dos autores, compreender os propósitos funcionais da organização, tendo em conta que estes são dinâmicos e estáveis. Uma outra questão que Lusthaus et al. (2002) ressaltam nos seus estudos, e que é fruto desta multiplicidade de critérios, prende-se com a ausência de instrumentos padronizados capazes de avaliar a efetividade.

Ainda que o consenso não esteja reunido, é inegável a evolução que as investigações trouxeram na conceptualização de efetividade organizacional (Bennis, 1966; Cameron, 1986; Georgopoulos & Tannenbaum, 1957; Katz & Kahn, 1966;

Lusthaus et al., 2002; Martins,1999), e notório o reconhecimento progressivo da influência do ambiente externo para com a organização, que interfere diretamente na sua dinâmica de se adaptar às mudanças externas e internas (McCann, 2004).

A literatura aponta para décadas de confusão entre os conceitos de efetividade organizacional e saúde organizacional. Não obstante, Jaffe (1995) foi pioneiro na apresentação do conceito de saúde organizacional enquanto expansão do conceito de efetividade, abrindo caminho a discussões e pesquisas com vista a delimitação deste conceito.

2.1.2 O CONCEITO DE SAÚDE ORGANIZACIONAL

No seguimento do exposto anteriormente, constatamos que Bennis (1962) foi o autor que mais claramente enunciou a expansão da definição do construto de efetividade organizacional e a quem é atribuída a introdução na literatura do conceito mais geral de saúde organizacional.

O autor conceptualiza a organização enquanto sistema exclusivamente adaptativo e faz um paralelo entre o desenvolvimento dos critérios de avaliação utilizados no campo da saúde mental e a evolução dos padrões na avaliação do conceito de saúde organizacional, atestando que é possível encontrar uma ligação entre os critérios de saúde de um indivíduo e da organização (Bennis, 1966).

A este respeito, Bennis (1962) propôs critérios múltiplos para o conceito de efetividade organizacional e, definiu que uma organização saudável é aquela que se apoia nos métodos adequados para resolver problemas. Ou seja, é uma organização

que se apoia num processo que congrega a capacidade da organização para assimilar e comunicar informações de modo fiável e válido, a flexibilidade interna e criatividade para levar a cabo as mudanças que são impostas pelo ambiente, a integração dos vários objetivos da organização e compromisso com os mesmos, a disposição para efetuar mudanças quando necessário, um clima interno de apoio e ausência de ameaças e ainda a capacidade de replanear continuamente a estrutura de modo a torna-la compatível com os seus objetivos e tarefas.

Posto isto, o autor considera como primeiro critério de saúde organizacional a *adaptabilidade*, característica que está relacionada com a capacidade de resolver problemas. Esta capacidade depende da flexibilidade da organização que é a liberdade de aprender através da experiência, de se transfigurar em simultâneo com as circunstâncias internas e externas. Segundo Bennis (1962), o segundo critério corresponde à *identidade* e, neste sentido, pressupõe que a organização deve ter uma identidade claramente definida, ou seja, deve saber o que é, quais as suas metas e o que deve fazer. O último critério é designado de *teste da realidade* e refere-se à habilidade da organização para entender, conhecer e interpretar corretamente as condições (internas ou externas) do meio ambiente relevantes para o funcionamento da organização.

Argyris (1964) propõe um quarto critério que considera fulcral para a saúde da organização, a integração de pessoas à organização que definiu como "*um estado de integração entre as subpartes da organização total, uma integração no sentido de que as partes não funcionem com finalidades cruzadas, mas interdependentes*" (p.55). Para além disso, destacou também três atividades nucleares das organizações: a realização

dos objetivos propostos, a manutenção do sistema interno da organização e a adaptação desta ao ambiente externo.

Também Schein (1965), baseando-se nos pressupostos de Argyris (1964), identificou um quinto critério para a saúde organizacional, o *estado de integração*.

Numa visão semelhante à de Bennis (1962, 1966) e no contexto da discussão em torno da questão do que é uma organização saudável face às mudanças decorrentes no ambiente, Fordyce e Weil (1971) postulam que uma organização saudável tem um forte sentido da sua própria identidade e missão e capacidade para se adaptar rapidamente às mudanças, pelo que é mais prováveis que procure e utilize métodos mais efetivos para conduzir os seus negócios. Os autores acrescentam ainda que fatores como um mercado favorável e um sistema de informações eficiente na organização podem contribuir para o sucesso organizacional.

Segundo Fordyce e Weil (1971), para que uma organização seja saudável é crucial que os jogos de poder dos chefes não atrapalhem os talentos, exista disponibilidade para aprender com a própria experiência da organização e que seja inovadora no modo como enfrenta as dificuldades. Uma organização saudável exhibe, segundo os autores, as mesmas qualidades que os seres humanos (independente, otimista, responsável, etc.). Os autores elaboraram um diagnóstico de saúde organizacional que sumariamente apresentamos na tabela que se segue (Tabela 1).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tabela 1. Diagnóstico de Saúde Organizacional

SINAIS DE DOENÇA	SINAIS DE SAÚDE
Pouco investimento pessoal na consecução dos objetivos organizacionais, exceto nos altos escalões.	Os objetivos da organização são amplamente compartilhados. Há um fluxo consistente de energia humana canalizada para a consecução desses objetivos nos diversos escalões.
As pessoas veem coisas erradas, mas nada fazem quanto a isso, nem são voluntários para corrigi-las. Falhas e problemas são escamoteados ou esquecidos. Conversa-se sobre essas dificuldades nos corredores ou em casa, mas não diretamente com as pessoas envolvidas.	As pessoas sentem-se à vontade para falar sobre os problemas percebidos, com a participação das pessoas diretamente ligadas a isso, porque pensam que as dificuldades podem e devem ser encaradas abertamente.
Organogramas e sinais de <i>status</i> são mais importantes do que a resolução dos problemas. Prefere-se a dramaturgia ou a liturgia. O inconformismo não é bem visto ou bem aceito.	Há ênfase na resolução prática de problemas específicos. Trabalha-se sem preocupação com <i>status</i> /território ocupacional. (Os símbolos de <i>status</i> são levados em conta quando são úteis à resolução de problemas e a consecução de objetivos da organização). Aceita-se o inconformismo como algo que pode ser útil e sadio.
O controlo do processo de decisão é centralizado. Geram-se gargalos nos vértices dos funis hierárquicos.	Os pontos de decisão são determinados segundo os fatores de competência, senso de responsabilidade, acesso as informações necessárias, volume de trabalho, <i>timing</i> e não pelo nível hierárquico.
Os gerentes sentem-se solitários na tentativa de realizar e obter resultados. Diretrizes, ordens e procedimentos não são executados como está prescrito.	É visível o espírito de equipa no planeamento, nos trabalhos e na solução de problemas. Há coresponsabilidade.
A capacidade de julgamento das pessoas de nível mais baixo não é respeitada a não ser no limite estreito das suas funções.	A opinião das pessoas nos escalões mais baixos é levada em consideração.
Necessidades e sentimentos pessoais são considerados aspetos secundários ou irrelevantes.	Necessidades e sentimentos pessoais são levados em conta no diagnóstico e solução dos problemas organizacionais.
As pessoas competem, quando a colaboração seria necessária. São ciumentas a respeito de sua área de responsabilidade. Procurar ou aceitar ajuda é visto como sinal de fraqueza. Desconfia-se das intenções dos outros e 'fala-se mal' das pessoas. Os gerentes toleram este clima de competição e dissimulação.	A colaboração é espontânea e bem aceite. As pessoas procuram e recebem ajuda. Indivíduos e grupos divergem entre si, mas fazem-no de modo leal e visando objetivos comuns.
Quando há crise (no sentido de dificuldade), as pessoas se omitem, ou preferem culpar-se umas às outras.	Quando há crise, as pessoas logo se reúnem para trabalhar cooperativamente até que a crise desapareça.
Os conflitos são encobertos e administrados por manobras políticas e outros jogos; ou então há discussões intermináveis e sem solução.	Os conflitos são considerados importantes para o processo decisório e o desenvolvimento pessoal. Eles são administrados de forma eficaz, direta e abertos. As pessoas dizem o que pensam e sentem, e desejam que os outros façam o mesmo.
É difícil aprender. Faz-se segredo. As pessoas não procuram os seus colegas para aprender com eles. Cada um aprende sozinho, dando cabeçadas, desprezando a experiência dos outros. Há pouco feedback sobre o desempenho de cada um, e mesmo quando há, não é construtivo. O jogo é ganhar ou perder.	Há muita aprendizagem durante o trabalho, baseada em procurar dar, buscar, receber e utilizar feedback construtivos e sugestões colaborativas. As pessoas sentem-se capazes de progredir e desenvolver-se. O jogo é ganhador-ganhador.
Relações contaminadas pelo jogo de máscaras, fachadas e aparências falsas. As pessoas sentem-se mal, não há respeito e consideração entre elas, uns temem os outros.	As relações são honestas. As pessoas têm consideração entre si e não se sentem sós.

(Adaptado de Fordyce & Weil, 1971)

Na aplicação da noção de saúde dos organismos vivos aos critérios de saúde organizacional, Mello (1978) identificou sete requisitos: 1) identidade (o modo como a empresa se identifica), 2) orientação (os objetivos que edificam a organização), 3) sensibilidade realista (capacidade para perceber e identificar as mudanças internas e externas); 4) criatividade (capacidade para renovar, inovar, adequar-se e solucionar problemas); 5) flexibilidade (adaptação das mudanças, modificação de atitudes, comportamentos, estruturas, métodos e metas); 6) integração (sincronia entre as metas da organização e as necessidades dos indivíduos); 7) reserva de energia (existência de reservas de recursos energéticos dentro do sistema e/ou capacidade de obtê-los facilmente no meio externo).

Nos anos 90, na definição de saúde organizacional o foco foi direcionado para a relação entre os fatores organizacionais e a saúde dos empregados. Para Cox e Howarth (1990), a saúde do trabalhador e a efetividade organizacional são componentes da saúde organizacional. Este último conceito, afirmam, deve ser mais ampla e integrar conceitos como lucratividade, resultado, satisfação do empregado ou as reações de stresse dos trabalhadores.

Para Williams (1994) no entendimento da saúde organizacional é necessário compreender as interações e associações estabelecidas entre os fatores ambientais que circundam a organização, a saúde física, mental e social do empregado. O autor considera enquanto fatores ambientais os níveis de ruído, substâncias tóxicas, temperatura, área física; enquanto saúde física a aptidão para o trabalho, programas de dietas ou doenças; enquanto saúde mental a autoestima, o stresse, a depressão, a

ansiedade e o estilo comportamental; e como saúde social o suporte social e as relações de trabalho. De acordo com Williams (1994) o ambiente de trabalho tem um impacto significativo em todos os aspetos da saúde do empregado e um paralelismo entre a saúde do empregado e a saúde da organização pode ser estabelecido.

No seguimento dos postulados de Williams (1994), Bennis (1962, 1966) e Schein (1965), Jaffe (1995) considera que a saúde organizacional é uma noção expandida da efetividade organizacional, abarcando as necessidades dos clientes, fornecedores, acionistas e membros da comunidade que são influenciados própria organização. Deste modo, a organização é saudável se criar saúde para os seus empregados e para a comunidade à qual pertence. Tal como uma pessoa, a organização pode ser concebida como tendo necessidades, movimentações e integrações.

Na revisão da literatura levado a cabo por Jaffe (1995), emergem quatro abordagens teóricas que contribuíram largamente para a definição do conceito de saúde organizacional. A primeira abordagem refere-se ao stresse no trabalho, a variável psicofisiológica que interfere na saúde física e emocional dos indivíduos e que é o resultado do balanço entre pressões e exigências do ambiente de trabalho e as respostas do indivíduo a essas exigências. Esta linha de pesquisa, uma das mais desenvolvidas, peca pelo foco excessivo no modo como o indivíduo gere e se adapta ao stresse, em detrimento do ambiente de trabalho enquanto fonte de stresse ou alívio do mesmo. Tendo em conta que a cultura organizacional é fundamental para o stresse (*eustress* e *distresse*), Jaffe (1995) afirma que de modo a atingir o bem-estar e

saúde dos indivíduos, as organizações devem selecionar os empregados cujo estilo de resposta do stresse se encaixa no clima organizacional.

Desta abordagem faz ainda parte o estudo do *burnout* ou esgotamento profissional, que, segundo Maslach e Jackson (1981), engloba as dimensões exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal e diz respeito à exaustão, despersonalização e falta de realização do indivíduo no trabalho. Golembiewski, Munzenrider e Stevenson (*cit. in* Jaffe, 1995) consideram que são os fatores do local do trabalho, em especial as relações com o trabalho e com os colegas os principais determinantes do *burnout*.

A segunda abordagem respeita ao desenvolvimento organizacional e enfatiza formas, processos e modelos organizacionais específicos que exercem influência na motivação, satisfação e efetividade no trabalho. Jaffe (1995) refere que quando o ambiente de trabalho é reestruturado e são criadas mais oportunidades, para que todos os indivíduos exercitem o controlo e experimentem suporte social é necessária uma reorganização que, conseqüentemente, fornece sustentação à saúde pessoal, implementando maior saúde na organização.

No terceiro modelo/abordagem, Jaffe (1995) refere-se ao conjunto de políticas que promovem a saúde que, de acordo com a designação, explora políticas e cultura organizacionais que influenciam oportunidades de controlo, participação, satisfação das necessidades individuais e suporte social aos empregados, o que influencia a saúde individual e organizacional. O autor considera ser mais fácil estudar as políticas organizacionais do que a cultura organizacional, contudo o estudo não deve restringir-se apenas às primeiras pois é importante conhecer o estilo cultural e as normas da

organização. Atesta ainda que o que traz mais saúde para a organização são: 1) fatores culturais que são a qualidade da cultura, normas, valores, bons relacionamentos, expectativas boas e uma liderança exemplar; 2) fatores políticos que são políticas internas, programas e a iniciativa da organização em fornecer benefícios aos trabalhadores reforçando a política de recursos humanos.

Num quarto modelo, Jaffe (1995) são abordados os estudos da psicodinâmica do trabalho, segundo o qual as organizações são vistas como a manifestação do nível de desenvolvimento dos líderes. Este modelo enfatiza que o líder é determinante para que a organização seja considerada funcional, saudável ou disfuncional, pelo que as organizações saudáveis erguem-se quando possuem trabalhadores saudáveis, selecionam empregados saudáveis e estes, por razões saudáveis fazem as tarefas necessárias para crescer junto com a organização.

Transversal a todos os modelos apresentados surgem temas comuns como a participação, controlo, políticas de recursos humanos, justiça e satisfação dos empregados) que na sua combinação podem auxiliar na compreensão da saúde organizacional (Jaffe, 1995).

Em suma, o autor sintetiza que a organização deve ser saudável tendo em vista o seu próprio crescimento, sendo eficiente, adaptável e coerente; deve ser saudável para os acionistas, aumentando o valor dos produtos e serviços, oferecendo-lhes a imagem positiva da companhia; ser saudável para os empregados proporcionando um local adequado para desempenharem funções, satisfazendo as suas necessidades mais elevadas de crescimento, conhecimento e participação; ser saudável para os fornecedores e clientes implementando padrões de excelência nos seus serviços;

valores compatíveis com o mercado, interações honestas e úteis, produtos bons e parcerias e ainda ser saudável para a comunidade, examinando a sua responsabilidade para com os recursos sociais.

Com base nos postulados de autores como Schein (1965), Bennis (1966) e Fordyce e Weil (1971), Gomide Jr. Et al (1999) formularam o conceito de saúde organizacional como a capacidade da organização desenvolver altos níveis de adaptabilidade e flexibilidade às exigências externas quando é necessário e ainda promover um alto grau de integração entre os empregados e as suas equipas de trabalho.

Keyes, Hysom e Lupo (2000) avançaram o conceito de *organizações positivas* para definir as empresas que não pensam apenas em negócios, que procuram estritamente o lucro ou apenas implementam ações para aumentar os valores das suas ações no mercado, mas que procuram promover a oferta de bem-estar no trabalho, procuram legitimar autonomia aos líderes e dar consistência ao relacionamento no trabalho.

Segundo Peterson e Wilson (2002) e o seu modelo teórico cultura-trabalho-saúde, a cultura exerce impacto na saúde organizacional e na saúde do empregado, verificando-se uma interdependência entre as concepções de saúde do empregado e saúde da organização. Os autores consideram que a saúde organizacional pode ser definida como o bem-estar da organização no seu todo, avaliada em termos de produtividade, desempenho, qualidade, competitividade e lucratividade enquanto a saúde do empregado envolve medidas tradicionais como a doença física e mental, absentismo e fadiga dos trabalhadores. Um ambiente estável, no qual as pessoas

sabem claramente o que se espera delas e o que têm de fazer para permanecer na empresa seria, de certo modo, confortável e redutor de stresse. Este modelo está representado na Figura 1.

Uma outra conceção de organização saudável cabe a Dejoy e Wilson (2003). Os autores atestam que, a par com a efetividade, o bem-estar é um componente da definição de saúde organizacional que influencia o clima organizacional, o desenvolvimento organizacional e a valorização da saúde do empregado. Contudo, não existe nesta formulação uma diferenciação entre os conceitos de bem-estar e saúde na organização.

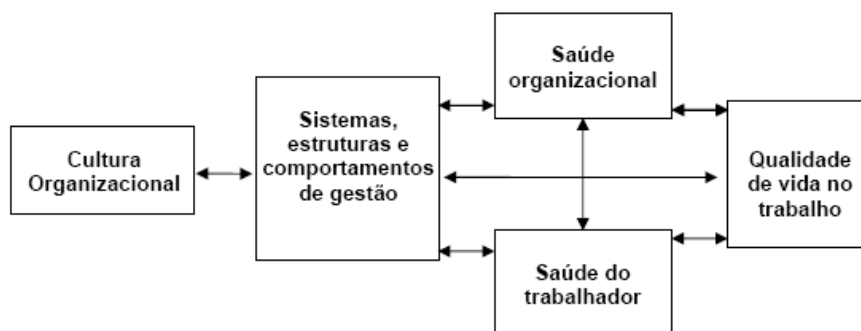


Figura 1. Modelo cultura-trabalho-saúde proposto por Peterson e Wilson (2002)

Já Assmar e Ferreira (2004) adaptaram o modelo proposto por Peterson e Wilson em 2002 e estudaram a influência da cultura e da justiça organizacionais com o objetivo de evidenciar o seu impacto no funcionamento eficaz das organizações e as suas repercussões na saúde e no trabalho. Relativamente à cultura, as autoras afirmam que produz julgamentos e avaliações nos empregados quanto aos recursos que são distribuídos e aos procedimentos adotados nessas distribuições. Já na relação entre a justiça e a saúde da organização e do trabalhador, é notória a necessidade de

se articular a teoria da justiça à teoria do stresse dado que uma justiça distributiva, processual, informacional e internacional podem funcionar como fatores de stresse e, no caso de estratégias de *coping* precárias ou insuficientes, comprometem a saúde do empregado e, conseqüentemente, da organização.

Assmar e Ferreira (2004) centraram-se, posteriormente, na compreensão das respostas humanas ao stresse no trabalho, componentes críticos da saúde e do bem-estar quer da organização quer dos trabalhadores. As autoras apresentaram ainda um modelo teórico integrativo entre cultura-satisfação-saúde no trabalho, que pressupõe que a cultura organizacional afeta diretamente os papéis que o indivíduo desempenha na organização. Estes papéis, por sua vez, mantêm uma relação direta com a saúde no trabalho (ansiedade, depressão e doenças psicossomáticas) que é moderada pela satisfação no trabalho e pelas diferenças individuais.

Também Shoaf, Genady, Karowsky e Huang (2004) relacionaram a saúde organizacional com o bem-estar individual e sustentaram o conceito de saúde organizacional em três abordagens distintas: na primeira é valorizada a promoção da saúde através da qualidade de vida dos trabalhadores tendo o líder um papel primordial na formação de uma organização saudável; a segunda, focado no trabalho, diz respeito ao desenvolvimento da organização estruturado na definição dos cargos da empresa necessários para o seu funcionamento, a terceira abordagem centra-se na função organizacional.

Na mesma linha de pensamento, Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson e MacGrath (2004) salientaram a necessidade de expandir a relação saúde-trabalho para além da interação imediata entre trabalhador e trabalho, incluindo o contexto

organizacional. Para os autores, a organização saudável é aquela caracterizada por esforços intencionais, sistemáticos e colaborativos para maximizar a produtividade e bem-estar do empregado, ambos componentes da saúde organizacional. Assim, uma organização saudável deve oferecer suporte social, destacando oportunidades e promoções igualitárias e acessíveis a todos, procurando ter empregados com desempenho excelente sendo produtivos e saudáveis.

Um dos melhores contributos para clarificação deste conceito advém do trabalho de Gomide Jr., Moura, Cunha e Sousa (1999). Estes investigadores, conscientes da proliferação de significados, sobretudo a partir da década de noventa, propuseram um novo conceito para este constructo. Alicerçados nos pressupostos de Schein (1965), Bennis (1966) e Fordyce e Weil (1971) os autores ditaram a seguinte definição, que será tomada como quadro referencial neste trabalho:

"Saúde organizacional diz respeito à capacidade da organização desenvolver altos níveis de adaptabilidade e flexibilidade às exigências externas quando necessário, e ainda promover alto grau de integração entre os empregados e as suas equipas de trabalho" (Gomide Jr.

Moura, Cunha & Sousa, 2009, p. 11).

Para nos assegurarmos que a evolução do conceito de saúde organizacional, fundada nas conceptualizações de efetividade, ficou devidamente apreendida, mostramos seguidamente uma súmula que evidencia essa evolução (Tabela 2). O esquema, por colocar a par as definições, revela-se pertinente, também, visto permitir uma distinção clara entre os dois conceitos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tabela 2. Sumário da evolução do conceito de efetividade organizacional e saúde organizacional.

EFETIVIDADE ORGANIZACIONAL	SAÚDE ORGANIZACIONAL
O construto de efetividade organizacional definido por fatores de ordem económico-financeiros. (Selznick, 1948; Likert, 1958)	
Extensão em que uma organização, como um sistema social, dados certos recursos e meios, alcança os seus objetivos, sem incapacitar estes meios e recursos e sem gerar tensão entre seus membros Georgopoulos & Tannenbaum, 1957).	Capacidade da organização de se adaptar às circunstâncias internas e externas, através de um forte sentido de identidade organizacional e da correta perceção do ambiente interno e externo (Bennis, 1962).
Capacidade da organização de sobreviver, de se adaptar, de se manter e crescer, independente das particulares funções que desempenha (Schein, 1965).	Capacidade da organização para solucionar problemas (Schein, 1965).
Extensão em que todas as formas de rendimento para a organização são maximizadas, determinado por uma combinação de eficiência da organização como um sistema, e seu êxito em obter os recursos de que necessita em condições vantajosas (Katz & Kahn, 1966).	Capacidade da organização de se adaptar prontamente às mudanças, possuir forte sentido de identidade e missão e de procurar e usar métodos mais efetivos para conduzir os seus negócios (Fordyce & Weil, 1971).
Capacidade da organização de se adaptar a condições em mudança e de ser flexível quando necessário (Reddin, 1970).	Definida pelos mesmos critérios de saúde dos organismos vivos: identidade, orientação, sensibilidade realista, criatividade, flexibilidade, integração e reserva de energia. (Mello, 1978).
Capacidade da organização, atingir metas de produção, gerir os processos relacionados com os recursos humanos e materiais disponíveis para alcançar as metas de produção, e gerir seus recursos internos de forma a se adaptar às influências externas. (Harrison, 1994).	Integração de conceitos como lucratividade, resultado, controle de qualidade, absentismo, bem-estar físico e psicológico dos empregados, bem como as atitudes dos trabalhadores para com a organização (Cox & Howarth, 1990).
Modelos multidimensionais de Efetividade (Cameron, 1986; Quinn & Rohrbaugh, 1983)	Definida a partir da saúde dos empregados (Williams, 1994).
Capacidade da organização de se adaptar às mudanças externas e internas. (Lusthaus et al., 2002; McCann, 2004).	Noção expandida de efetividade organizacional. (Jaffe, 1995).
	Definida como o bem-estar individual e efetividade organizacional (Shoaf et al., 2004).
	Bem-estar de toda a organização, mensurada em termos de produtividade, desempenho, qualidade, competitividade e rentabilidade (Peterson & Wilson, 2002).
	Capacidade da organização de empregar esforços intencionais, sistemáticos e colaborativos para maximizar produtividade e bem – estar do empregado (Wilson et al., 2004)
	Capacidade da organização de desenvolver altos níveis de adaptabilidade e flexibilidade às exigências externas e ainda desenvolver alto grau de integração entre os empregados e as suas equipas de trabalho (Gomide Jr. et al., 1999).

2.1.3 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS

Com o conceito devidamente delimitado torna-se oportuno referenciar algumas das evidências empíricas que resultam da tentativa de contribuir não somente para clarificar o conceito de saúde organizacional mas também elaborar instrumentos de medida de percepção de saúde organizacional.

Um dos primeiros estudos empíricos é atribuído a Gomide Jr., Moura, Cunha e Sousa (1999). Os autores construíram e validaram o instrumento que avalia a *Percepção de Saúde Organizacional* (EPSaO), definida como a capacidade da organização desenvolver altos níveis de adaptabilidade e flexibilidade face às exigências internas e externas e ainda a capacidade de desenvolver um elevado grau de integração entre os empregados e as suas equipas de trabalho. Esta escala foi revalidada posteriormente por Gomide Jr. e Fernandes (2008) com o intuito de verificar a percepção dos empregados a respeito da saúde da organização. Desta validação resultou um instrumento intermediário composto pelos fatores integração de pessoas e equipas e flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas.

Em 2000, Gomide Jr., Naves, Pinto Jr. e Silva investigaram a influência da percepção de quatro tipos de cultura (cultura do clube, cultura da função, cultura da tarefa e a cultura existencial) sobre a Percepção de Saúde Organizacional e os seus fatores (integração, flexibilidade e adaptabilidade) com uma amostra de 150 empregados de organizações públicas e privadas da região do Triângulo Mineiro.

Os resultados indicaram que a cultura de tarefa explica 40% da variância da percepção de saúde organizacional. Na comparação das quatro culturas com os fatores da percepção de saúde organizacional, o primeiro modelo para o fator integração de

peessoas e equipa explicava 4% da cultura existencial, para o fator adaptabilidade, apenas a cultura da tarefa foi retida com 3,5% da explicação, enquanto para o fator flexibilidade foi retida a cultura do clube com 8% de explicação com β negativo, a cultura da tarefa com 7% de explicação e a cultura existencial com 2% de explicação. Os resultados apontaram que os fatores da percepção de saúde organizacional se encontravam relacionados principalmente com as percepções de cultura que privilegiam o relacionamento interpessoal em detrimento à estruturação formal da organização, pois apenas a cultura do cargo não se manteve em nenhum modelo.

Gomide Jr., Naves, Pinto Jr. e Silva (2000) procuraram testar um modelo explicativo para a percepção de saúde organizacional. Pesquisaram a influência das percepções dos empregados em relação às variáveis *justiça de distribuição* e *justiça de procedimentos, reciprocidade organizacional e suporte organizacional* sobre a percepção de saúde organizacional. Com uma amostra de 200 empregados de organizações públicas e privadas do Triângulo Mineiro, no Brasil, submeteram os dados a uma análise de regressão múltipla que indicou que a variável percepção de suporte organizacional explica 57% dos fatores da percepção de saúde organizacional. A variável percepção de suporte organizacional, juntamente com a percepção de justiça de procedimentos explicou 60% da percepção de saúde organizacional.

Num outro estudo, os autores pretenderam testar a pertinência de dois modelos, comparando construtos de natureza atitudinal e cognitiva como antecedentes de cidadania organizacional e intenção de rotatividade. A investigação foi realizada com 203 empregados de empresas públicas e privadas da Uberlândia, no estado de Minas Gerais, Brasil. Os antecedentes abrangiam a percepção de cultura

organizacional (cultura de clube, cultura de tarefa, cultura de função e cultura existencial) e a percepção de saúde organizacional (integração, flexibilidade e adaptabilidade); os antecedentes afetivos envolviam o *envolvimento com o trabalho* e o *comprometimento organizacional afetivo*, os antecedentes cognitivos consistiam em *percepções de suporte, reciprocidade organizacional, percepção de justiça de distribuição e justiça de procedimentos*. Os resultados das duas análises de regressão múltipla realizadas revelaram que, para a variável cidadania organizacional existiu a influência de variáveis ligadas ao trabalho, nomeadamente envolvimento com o trabalho ($R^2 = 0,26$, $F = 68,87$; $p < 0,001$, $\beta = 0,41$), comprometimento organizacional afetivo ($R^2 = 0,04$, $F = 41,93$; $p < 0,001$, $\beta = 0,18$) e percepção de cultura clube ($R^2 = 0,02$, $F = 31,44$; $p < 0,001$, $\beta = -0,16$).

No modelo que resultou para a intenção de rotatividade, apenas surgem as variáveis ligadas à organização empregadora, com 32% de explicação: comprometimento organizacional afetivo ($R^2 = 0,25$, $F = 64,33$; $p < 0,001$, $\beta = -0,24$), percepção de suporte ($R^2 = 0,04$, $F = 38,93$; $p < 0,001$, $\beta = -0,29$) e de reciprocidade organizacional ($R^2 = 0,02$, $F = 27,96$; $p < 0,001$, $\beta = 0,18$) e percepção de justiça de distribuição ($R^2 = 0,01$, $F = 22,39$; $p < 0,001$, $\beta = -0,16$). Os autores verificaram também que as variáveis que explicam a emissão de comportamentos de cidadania organizacional estão relacionados com a ligação afetiva com a organização e o grau de identificação e envolvimento do empregado com o seu trabalho.

Gomide Jr., Naves, Pinto Jr. e Silva (2000) realizaram uma análise discriminante entre as medidas de cultura e saúde organizacionais com o objetivo de testar a discriminação entre os conceitos de cultura, baseados nas designações de

Handy (1994) e de percepção de saúde organizacional, com recurso a 100 trabalhadores de empresas públicas e privadas. Os resultados obtidos evidenciaram a existência de quatro fatores consistentes: o primeiro reuniu apenas itens de saúde organizacional ($\alpha = 0.85$), o segundo reuniu apenas itens da cultura de função ($\alpha=0.79$), o terceiro fator reuniu itens de cultura e saúde organizacional ($\alpha = 0.83$) e o último fator reuniu apenas itens de saúde organizacional. Posto isto, o conceito de saúde é mais consistente do que o modelo de cultura de Handy (1994) uma vez que os seus três fatores foram resgatados pela análise fatorial e, por sua vez, a única tipologia cultural integralmente identificada foi a cultura do cargo que teoricamente é a melhor.

Gomide Jr., Moraes, Cruz e Brito (2006) realizaram um estudo com o objetivo de testar o impacto dos estilos de liderança percebidos no trabalho (antecedentes diretos) e as percepções de justiça organizacionais acerca da percepção de saúde organizacional. As percepções de justiça explicaram 56% da variância do critério *integração de pessoas e equipas* e 46% do fator de percepção de saúde *adaptabilidade* e 37% da *flexibilidade*. Segundo os autores, e dado que os estilos de liderança não foram preditores de saúde organizacional, os empregados podem possuir motivações de cunho egoístico.

Com o objetivo de testar um modelo que prevê como antecedentes de comprometimento organizacional afetivo as percepções de justiça (antecedentes diretos) e a percepção de saúde organizacional (como antecedentes diretos), Gomide Jr., Moraes, Cruz e Brito (2006) utilizaram uma análise de regressão *stepwise*. Os resultados mostraram que o modelo que melhor explica as três variáveis integradas é

o que engloba a percepção de saúde organizacional como antecedente direto e a justiça organizacional percebida como indireta do comportamento organizacional afetivo a percepção de saúde organizacional explicou 51% da variância do comprometimento organizacional afetivo, enquanto a percepção de justiça organizacional explicou 6% da variância.

No estudo de Pereira e Gomide Jr. (2007), os autores decidiram testar um modelo teórico do impacto da percepção de comportamentos éticos organizacionais, percepção de saúde organizacional, percepção de justiça organizacional e confiança do empregado na organização sobre o bem-estar dos trabalhadores. As análises de regressão múltipla evidenciaram como preditores de comportamento organizacional afetivo a *promoção do crescimento do empregado* e a *percepção de justiça distributiva*.

A *percepção do crescimento* do empregado explicou 56% da variância da variável-critério, apresentando-se como o seu principal predito. Já a *justiça distributiva* apenas explicou 6% da variável-critério. Na segunda análise de regressão *stepwise*, os preditores do *envolvimento com o trabalho*, componente do bem-estar no trabalho, foram a *promoção do crescimento do empregado* e a *orientação para o cliente*. O fator promoção de crescimento do empregado explicou em 25% a variância do envolvimento com o trabalho, ao passo que a orientação para o cliente explicou 6%.

O resultado da terceira análise indicou como preditores de satisfação no trabalho as variáveis independentes: promoção do crescimento do empregado, que explicava 62% da sua variância, justiça distributiva, que explicava 9% da variância, orientação para o cliente, que explicava 3%, justiça interacional, que explicava 2% da sua variância, e normas relativas à demissão dos empregados, que explicava apenas

1% da variância, numa relação inversa entre ambas. Os autores concluíram que, face a todas as variáveis estudadas, a que melhor explicou o bem-estar dos trabalhadores foi a promoção do crescimento do empregado. Esta variável teve também o maior impacto em todos os componentes do bem-estar no trabalho. Face ao exposto, parece que sempre que o empregado percebe políticas de promoção do seu crescimento na organização em que está inserido, relata maior bem-estar. Este estudo apresenta, no entanto, algumas limitações às quais os autores apontam a necessidade de se realizarem mais estudos neste âmbito, com uma amostra mais representativa que permita revalidar os resultados obtidos.

Akbaba (1999) baseou-se nos pressupostos de Miles (1980), segundo o qual a saúde organizacional é a habilidade da organização não só desenvolver as tarefas de forma efetiva mas também desenvolver e promover um melhor funcionamento do sistema interno e construiu e validou um inventário de saúde organizacional direcionado para organizações de ensino, o Organizational Health Inventory (OHI). Para o efeito recorreu a 34 universidades num total de 418 professores que responderam segundo uma escala de 4 pontos (muito frequentemente, às vezes, raramente e nunca). O instrumento final contou com um total de 53 itens distribuídos por 5 fatores que, segundo os autores, deve ser utilizado para investigações de âmbito académico.

Por outro lado, Licata e Harper (2001) estudaram o impacto da perceção de saúde organizacional por parte dos professores acerca da perceção de robustez da escola utilizando o OHI. Segundo a visão dos investigadores, a saúde organizacional pode ser definida como a habilidade da escola se adaptar ao ambiente, manter a

coesão entre os seus membros e atingir os objetivos propostos. Por visão robusta da escola entenda-se a visão de futuro diante das adversidades do contexto que deveria encarar. Com recurso às análises de correlação e regressão para testar a hipótese e a uma amostra de 554 professores, os resultados apontaram para a existência de uma correlação positiva e significativa entre a perceção dos professores acerca da saúde organizacional e as suas perceções de uma visão robusta da escola.

Finda esta secção, ficou patente que os estudos mostram a importância do conceito no âmbito do estudo do comportamento organizacional e, para além disso, evidenciam a pertinência do estudo do seu impacto no mal-estar dos colaboradores. Serão abordados, em concreto, os indicadores de mal-estar que nos propomos a relacionar neste trabalho.

2.2 Mal-Estar

Tendo em conta o que vimos, é razoável pensar que diferentes tipos de saúde organizacional terão repercussões diferentes nos recursos humanos, refletindo-se em respostas adequadas ou inadequadas por parte dos trabalhadores. Estas respostas inadequadas podem ser entendidas, *latu sensu*, por mal-estar. Deste ponto de vista, podemos definir mal-estar como um estado de incómodo e desconforto psicológico que se reflete no indivíduo através de sentimentos de raiva, medo, frustração, danos na saúde física, conflitos interpessoais e distanciamento físico e psíquico do trabalho (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008). Vaz-Serra (1999) sugeriu que o mal-estar

relacionado com o trabalho pode ser tipificado como mal-estar físico, cognitivo, emocional e comportamental.

Sendo assim, podemos definir o mal-estar como o surgimento de síndromas psicopatológicos que limitam a qualidade de vida do sujeito. Da panóplia vasta podemos enunciar a anedonia, a ausência de afeto positivo a hiperatividade, irritabilidade, dificuldade em relaxar ou a tensão somática, por exemplo.

O mal-estar, como se trata de um conceito abrangente, pode ser distinguido entre diversos indicadores, sendo o stresse, a ansiedade e a depressão consideradas as principais variáveis neste âmbito (Esteve, 1992).

Apesar da ansiedade e depressão serem fenomenologicamente distintas, são difíceis de diferenciar empiricamente (Clark & Watson, 1991). Em vários estudos, a relação entre estas emoções negativas tem sido conceptualizada como representando *pontos de um mesmo contínuo* ou como uma relação independente (Apóstolo, Mendes, & Rodrigues, 2007).

Neste sentido, Clark e Watson (1991) adotam uma abordagem dimensional, propondo o modelo tripartido da ansiedade e da depressão. Este assenta em três fatores: (1) a ativação fisiológica, enquanto fator específico da ansiedade; (2) a baixa afetividade positiva ou anedonia, enquanto fator específico da ansiedade; e (3) elevada afetividade negativa ou *distress*, um fator não específico que inclui um conjunto de sintomas indicadores de uma disfunção geral (e.g. humor depressivo e ansioso, alterações no sono, dificuldades de concentração). Este último fator está presente tanto em indivíduos deprimidos como ansiosos, sendo responsável pela forte

associação entre as medidas de ansiedade e depressão. Posteriormente, Lovibond e Lovibond (1995) nomeiam estes sintomas não específicos de stresse.

Posto isto, o presente capítulo fará uma debruçar-se-á sobre estes construtos que definem o largo espectro do mal-estar: ansiedade, depressão e stresse.

2.2.1 DEPRESSÃO

A depressão é uma perturbação de humor cujo quadro clínico pode variar de acordo com a gravidade, frequência ou etiologia provável. Esta é transversal a todas as idades, culturas e estratos sociais (Vázquez & Sanz, 1995).

A compreensão desta perturbação passa necessariamente pelo conhecimento dos sintomas que afetam cinco grandes grupos de funcionamento pessoal, presentes em todos os quadros depressivos. Desta forma, são considerados cinco grandes núcleos de sintomas, nomeadamente, sintomas anímicos, motivacionais e comportamentais, cognitivos, físicos, e relacionais (Beck, 1970).

No que concerne aos sintomas anímicos, o principal sintoma é a tristeza. Para além de estar presente em quase todos os deprimidos, a tristeza é a queixa e motivo principal da procura de ajuda especializada. Algumas vezes, os sentimentos depressivos são também acompanhados de irritabilidade. Beck acrescenta que as pessoas, nestes casos, referem falta de paciência para lidar com os entes queridos, como os filhos, ou apresentam dificuldades em expressar afetos positivos em relação às pessoas próximas significativas.

Os sintomas motivacionais e comportamentais incluem a apatia, a indiferença, dificuldade em tomar decisões, a perda de prazer em conjunto com o estado de ânimo depressivo, desejo de desaparecer ou de morrer. É possível observar uma postura típica que se caracteriza por ombros caídos, cabeça baixa, expressão amorfa ou angustiada, olhos pouco expressivos, voz lenta e monocórdica. Na sua forma mais grave existe uma lentidão psicomotora, podendo chegar ao estado extremo de mutismo e paralisia motora. Este estado de inibição designa-se anedonia (Beck, 1970).

No que se refere aos sintomas cognitivos, a memória, a atenção e a capacidade de concentração são drasticamente afetadas, provocando uma incapacidade na realização das tarefas diárias (Hartlage, Alloy, Vázquez & Dyckman, 1993). As distorções mais frequentes na avaliação de si mesmos, do mundo e do futuro, a chamada tríade cognitiva da depressão (Beck, 1970), são a hipergeneralização, a culpabilização, e a distorção negativista da autoimagem.

Os sintomas físicos mais evidenciados são as perturbações do sono (insónia e em alguns casos hipersónia), a fadiga, a perda de apetite e de energia e uma diminuição da atividade e do desejo sexual. Frequentemente, as pessoas deprimidas queixam-se de outros problemas de natureza física, como cefaleias, dores nas costas, obstipação, e outros. Segundo Vázquez e Sanz (1995) os sintomas físicos tendem a ser um dos fatores que mais leva os indivíduos a pedirem ajuda.

Por último, os sintomas relacionais abarcam a deterioração das relações com os outros, e a conseqüente diminuição do interesse pelas pessoas (Beck, 1976), provocando o isolamento social e afetivo. É habitual que estas pessoas sejam vistas

como pouco interessantes aos olhos de terceiros. Quanto mais deficitário for o funcionamento social pior será o prognóstico da evolução da patologia.

É importante referir que a depressão pode prolongar-se ao longo da vida ou, por outro lado, ter remissão total. No entanto, pode apenas ser circunstancial, enquanto reação a acontecimentos específicos (APA, 2000).

2.2.2 ANSIEDADE

As perturbações de ansiedade são bastante frequentes. Estima-se que quase 25% da população seja afetada por uma perturbação de ansiedade durante a vida (Pereira, 2005). A par da depressão é um constituinte determinante de um grande leque de perturbações mentais.

A ansiedade é uma emoção normal, experimentada por todos e exerce uma função importante, que é proteger o organismo de uma ameaça ou perigo. Todavia, quando a intensidade ou duração da ansiedade é desproporcional à situação temida e passa a causar prejuízos na vida do indivíduo, esta passa a ser considerada inadequada ou patológica. Assim, assume-se enquanto psicopatologia quando se verifica uma preocupação exagerada e recorrente acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades, sendo notória uma dificuldade em controlar essa mesma preocupação. Pelo menos três dos seguintes sintomas surgem associados a este quadro, interferindo no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área da vida dos indivíduos: 1) agitação, nervosismo ou tensão interior; 2) fadiga fácil; 3) dificuldades

de concentração; 4) irritabilidade; 5) tensão muscular; e 6) perturbações no sono (APA,2000).

Numa perspetiva mais cognitiva, a ansiedade é vista enquanto conceção dualista, onde se difere ansiedade-estado de ansiedade-traço (Andrade & Gorestein, 1998). Deste modo, é possível diferenciar ansiedade-estado, cujo carácter é transitório, caracterizada por sentimentos desagradáveis, conscientemente percebidos de tensão e apreensão e por um aumento da atividade no sistema nervoso autónomo; e ansiedade-traço, que se insere mais nas características da personalidade do sujeito, sendo portanto mais estável ou seja, existe a tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras intensificando os estados de ansiedade.

Por vezes, a ansiedade pode ser confundida com o medo. De facto, partilham semelhanças em alguns aspetos, nomeadamente, a antecipação de perigo ou desconforto, a apreensão tensa, o desconforto físico, os elevados níveis de excitação a nível do sistema nervoso central ou periférico, os afetos negativos, a orientação em relação ao futuro e as sensações físicas reconhecidas (Sandín & Chorot, 2003).

A designação de perturbação de ansiedade abarca diferentes tipos de perturbações tais como ataques de pânico, agorafobia, fobia específica, perturbação obsessiva compulsiva, perturbação do stresse pós-traumático, perturbação aguda de stresse, perturbação da ansiedade generalizada e perturbação da ansiedade secundária a um estado físico geral.

2.2.3 STRESSE

O termo *stresse* provém do verbo latino *stringo, stringere, strinxi, strictum* que tem como significado apertar, comprimir, restringir. A origem do conceito de *stresse* remete-nos para a ideia de pressão e tensão. Segundo Lazarus (1993), toma o significado de dificuldade ou adversidade. A sua utilização mais comum, no século XVII, associava-se à Física para significar dificuldade, exigência, adversidade, aflição. Nos séculos XVIII e XIX, o termo designava força, pressão, grande esforço exercido sobre o material, objeto ou pessoa (Hinkle, 1977, *cit. in.* Pais-Ribeiro, 2007). Embora esta utilização se tenha alterado século XX na transferência para outras disciplinas como a Psicologia, a Sociologia e a Filosofia, as ideias básicas sobre o conceito permaneceram.

Na terminologia do quotidiano, mantém-se a ideia do *stresse* como uma carga ou exigência externa no sistema biológico, social ou psicológico (Lazarus, 1993; Pais-Ribeiro, 2007). Contudo, importa ter presente que se, algumas vezes, o *stresse* pode constituir ocasião de desgaste pessoal, com implicações nefastas para a saúde e bem-estar dos indivíduos, noutras poderá traduzir-se em condições de incentivo sendo estimulante e benéfico (Vaz-Serra, 1999; Shipton, 2002).

Em situações intermédias o *stresse* é útil e adaptativo porque se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que um indivíduo tome decisões e resolva problemas, ajudando-o a melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões, podendo as situações stressantes constituírem-se como uma oportunidade de aprendizagem (Vaz-Serra, 1999).

Como corolário, alguns autores fazem valer dois termos diferentes: “*eustresse*” e “*distresse*” (Selye, 1979 *cit. in.* Tobal, 2002). O “*eustresse*” refere-se a situações e experiências em que o *stresse* tem resultados e consequências positivas, porque produz a estimulação e ativação adequadas para que as pessoas alcancem resultados satisfatórios nas suas atividades, com o mínimo de custos pessoais. Representa condições de *stresse* que são dinamizadoras e que contribuem para a realização do indivíduo.

O “*distresse*” reporta-se a situações e experiências pessoais desagradáveis e com prováveis consequências negativas para a saúde e bem-estar psicológico. Traduz as condições de *stresse* que são desgastantes e improdutivas. Pelas suas implicações menos positivas, esta segunda dimensão do *stresse* é aquela que tem recebido mais atenção por parte da investigação científica, utilizando-se, então, o termo genérico de *stresse*.

O *stresse* é a potência da oportunidade mas também a iminência do risco, sendo uma constante da vida de todos os dias, variando em termos de grau e diferindo na forma como os indivíduos lidam com o mesmo. Ou seja, potenciais ameaças ao bem-estar, quer físico, quer psicológico constituem componentes da experiência diária (Chang *et al.*, 2007; Gunnar & Quevedo, 2007). Deste modo, a questão que se deve colocar é a de saber como transformar o *stresse* em fator de desenvolvimento.

Na abordagem do *stresse* podemos identificar fundamentalmente três perspetivas: a (1) perspetiva que conceptualiza o *stresse* como resposta, a (2)

perspetiva dos fatores indutores de *stresse* e, por último, a (3) abordagem transaccional do *stresse*.

O Stresse como resposta (Selye, 1936)

Hans Selye (1936) foi o primeiro autor a introduzir o conceito de *stresse*, de uma forma sistematizada, dedicando-lhe quase 50 anos de estudo. Preocupou-se em estudar, não as ocorrências exteriores que induzem *stresse*, mas antes a reação do organismo a qualquer pressão exercida sobre ele, seja ela de natureza psicológica ou outra.

Nesta abordagem, que conceptualiza o *stresse como resposta*, o *stresse* é definido como o conjunto de processos de adaptação psíquica e física em resposta a qualquer tentativa de alteração do equilíbrio do organismo. Trata-se de uma resposta atípica do corpo a qualquer exigência que lhe é feita, sendo os seus sintomas sempre os mesmos, podendo variar apenas em gravidade e duração, em função da intensidade do agente agressor e da sua permanência real ou simbólica.

No entender do autor, a formulação desta definição é baseada em indicadores objetivos, tais como modificações químicas ou corporais que surgem após qualquer exigência.

Selye designou esta resposta não específica de Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Síndrome porque envolve um conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes, afetando as funções de vários órgãos do ser vivo; geral porque o observou em todos os tipos de agressão, sendo que os agentes que o

induzem afetam grandes departamentos orgânicos e de adaptação porque parecia ter como finalidade última reativar, estimular defesas que ajudam a repor a ordem biológica perturbada.

Podemos considerar que o Síndrome Geral de Adaptação se processa em três fases distintas. Numa primeira fase verifica-se a *reação de alarme* que ocorre imediatamente após a exposição do indivíduo a uma situação stressante. Traduz a resposta inicial representando a mobilização dos recursos corporais, das defesas biológicas face a um agente indutor de *stresse*. Por exemplo, a frequência cardíaca sobe, a respiração torna-se rápida e superficial, mãos, pés e axilas ficam suados e frios e dá-se um aumento da tensão muscular.

Se o agente indutor de *stresse* desaparece as funções dos órgãos regressam aos seus limites homeostáticos. Se o mesmo se mantém, reconhecendo-se que este padrão de resposta não se pode manter por muito tempo, o organismo desenvolve um *estado de adaptação ou resistência*, que constitui a segunda fase do SGA. Nesta fase, o indivíduo prepara-se para lidar e adaptar-se à situação perturbadora, traduzindo um esforço do organismo em combater o agente de *stresse*. Esta fase envolve *coping* e tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme.

Se nesta fase o indivíduo consegue lidar de uma forma eficaz com a situação dá-se uma diminuição dos sintomas anteriores da reação de alarme e o organismo parece estabilizar as suas funções. Pelo contrário, se a exposição ao agente nocivo se mantém, se o indivíduo não consegue lidar nem adaptar-se à situação que induz o *stresse*, a capacidade de resistência desaparece e entra-se na terceira fase, a *fase de exaustão*.

Nesta verifica-se uma diminuição da energia adaptativa e o indivíduo não consegue utilizar mais os recursos até aí disponíveis nas duas fases anteriores. Neste caso, se o indivíduo não consegue resolver a situação que o perturba e as condições de *stresse* se mantêm, há uma maior tendência para a disfunção orgânica, podendo em casos extremos, sem intervenções no sentido de reverter a situação, ocorrer a morte.

Segundo Selye (1979, *cit. in.* Pais-Ribeiro, 2007) há doenças de adaptação ou decorrentes do *stresse* como, doenças coronárias, mentais, metabólicas, úlceras e colites, perturbações sexuais, diabetes, cancro que podem surgir. De acordo com este modelo, o elo mais fraco das defesas do organismo cede em primeiro lugar, sendo o sistema enfraquecido o mais suscetível de desenvolver problemas.

A sucessão destas fases do SGA levou o autor a realçar o facto da energia de adaptação ser uma energia finita e que se o indivíduo está constantemente sujeito a exigências do meio interno ou externo, a exaustão sobrevirá.

Tendo ainda em conta uma abordagem do *stresse* como resposta, progressivamente foram sendo estudadas não só as respostas fisiológicas mas também respostas do tipo cognitivo-emocional e/ou social.

Fatores Indutores de Stresse (Holmes & Rahe, 1967)

Uma perspetiva diferente da de Selye foi introduzida por Holmes e Rahe (1967) que tentaram avaliar a importância dos acontecimentos de vida como indutores de *stresse* no ser humano. Nesta perspetiva, o *stresse* é estudado não em termos de resposta biológica mas em função das circunstâncias antecedentes que o

determinam, ou seja, das características dos estímulos do ambiente que perturbam o indivíduo.

Os acontecimentos de vida, tidos como indutores de *stresse*, foram inicialmente perspetivados nas suas características negativas, causadoras de efeitos nefastos para os indivíduos. Posteriormente, vêm a ser definidos como sendo qualquer acontecimento que cria mudança no padrão habitual de vida, requerendo um ajustamento significativo no estilo de vida. O acontecimento passa, assim, a poder ser de cariz positivo ou negativo.

Holmes e Rahe, em 1967, publicaram uma Escala de Reajustamento Social (*Social Readjustment Rating Scale – SRRS*), na qual são pontuados por ordem decrescente uma série de acontecimentos comuns da vida, que envolvem situações variadas que necessitam de diversos graus de ajustamento.

As 43 questões colocadas são referentes aos últimos 6 meses de vida do indivíduo e são pontuadas tendo em conta o grau de ajustamento requerido. Quanto mais alto o resultado alcançado na escala, maior a suscetibilidade do indivíduo para adoecer física ou mentalmente. Nesta perspetiva, quantos mais acontecimentos o indivíduo experienciar mais elevado será o grau de *stresse* e, conseqüentemente, maior o risco de doença.

Muitos investigadores argumentam que as experiências de vida não devem ser vistas nem como objetivamente stressantes nem benignas, mas que a interpretação dos acontecimentos deve ser deixada ao indivíduo (Ogden, 1999).

Em termos práticos, aquilo que constitui pressão e *stresse* para uma dada pessoa, pode não representar qualquer problema para outra, colocando-se assim a

ênfase na necessidade de avaliarmos, prévia e individualmente, a forma como cada um experiencia e interpreta as potenciais fontes de *stresse* (Lazarus, 1991; Cruz *et al.*, 2000). Parece, assim, evidente a importância dos aspetos de avaliação cognitiva relativos à forma como cada indivíduo interpreta a situação potencialmente stressante que tem que enfrentar, o que nos remete para a abordagem transaccional do *stresse*.

Modelo transaccional (Lazarus & Folkman)

A perspetiva transaccional do *stresse* orienta-se para os processos de relação entre o sujeito e o ambiente (Folkman & Lazarus, 1988; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

A reação pessoal aos acontecimentos depende do modo como cada indivíduo os percebe, como sendo ameaçadores ou não para o seu bem-estar pessoal e das possibilidades de resposta que julga possuir para lidar com os mesmos (Lazarus, 1993).

São estas avaliações que o indivíduo faz que determinam a natureza e magnitude das suas reações psicológicas e, simultaneamente, a ativação fisiológica produzida. De acordo com esta abordagem, o *stresse* é concebido como um processo dinâmico resultante da contínua inter-relação entre a pessoa e o contexto (Folkman & Lazarus, 1991; Folkman & Lazarus, 1988b, 1988c; Folkman & Moskowitz, 2004).

O modelo transaccional do *stresse* é, de certo modo, eclético porque vai retirar dados aos dois modelos anteriores (baseados na resposta e no estímulo). Contudo, ao

fazê-lo dá relevo à interação pessoa/ambiente, perspetivando o *stresse* como um fenómeno de perceção individual, ou seja, de natureza psicológica.

Para Lazarus (1993) o *stresse* deve ser considerado como parte de um tópico mais amplo, o das emoções. As emoções são reações psicofisiológicas organizadas de informação e conhecimento acerca do significado para o bem-estar pessoal das relações com o ambiente. A qualidade e intensidade das emoções dependem da avaliação subjetiva que o indivíduo faz relativamente à forma como está a prosseguir os seus objetivos. Neste sentido, o conhecimento acerca das emoções que um indivíduo experimenta numa dada situação permite desenvolver uma compreensão mais alargada e rica acerca da forma como o mesmo se adapta às modificações do meio.

Lazarus (1991; 1993) identificou cerca de 15 tipos diferentes de emoções. Nove são emoções negativas, tais como: a cólera, medo, ansiedade, culpa, vergonha, tristeza, inveja, ciúme e desgosto. Cada uma delas é resultante de diversas condições de vida difíceis, envolvendo diferentes danos ou ameaças. Quatro são emoções positivas, tais como: a felicidade, amor-próprio (orgulho), alívio e amor. A estas, o autor considera que se poderiam juntar ainda outros três tipos de emoções mescladas: esperança, compaixão e gratidão.

O que confere a esta multiplicidade de emoções um maior poder analítico é que cada emoção emerge de uma diferente história acerca das relações entre a pessoa e o ambiente (Lazarus, 1993). Segundo Lazarus e Averill (1972), na perceção de *stresse* podem identificar-se três etapas do processo de avaliação cognitiva: a avaliação primária, a secundária e a reavaliação.

A avaliação primária traduz as expectativas de resultado que um indivíduo espera obter em relação a determinado tipo de acontecimento. Neste sentido, perante uma dada situação, a pessoa poderá avaliá-la como: (a) irrelevante para o seu bem-estar ou não perturbadora do mesmo, não a valorizando e, como tal, não investindo em eventuais resultados; (b) favorável/positiva na medida em que procura ou melhora o seu bem-estar, o que se associará a emoções agradáveis como a alegria, felicidade, tranquilidade, embora possam subsistir apreensão e ansiedade; (c) stressante ou comprometedora do seu bem-estar, exigindo esforço para lidar com ela (Lazarus & Folkman, 1984).

Um acontecimento avaliado como indutor de *stresse* pode ainda, por sua vez, ser organizado em três categorias ou, na terminologia de Lazarus (1993), em três tipos de *stresse*: (a) perda ou destruição - incluem-se neste tipo de stressores, por exemplo, uma perda irreversível, uma tempestade súbita, tal como um tornado, em que o acontecimento é muito rápido e as pessoas deparam-se com perdas que já existem e danos que já ocorreram; (b) ameaça – traduz a antecipação de uma perda, de um dano ou ameaça que ainda não ocorreu, mas que pode estar eminente e; (c) desafio – resulta de exigências difíceis, mas que o indivíduo tem confiança de que as consegue ultrapassar, pela mobilização e implementação dos recursos de *coping*. Nesta situação, o indivíduo não foca primariamente o acontecimento, mas sim a possibilidade de o ultrapassar.

Na avaliação primária, o modo como um acontecimento é percebido ou o significado que lhe é atribuído determina se o mesmo é experienciado como sendo positivo, negativo ou neutro.

Na avaliação secundária, o indivíduo ajuíza dos meios de que dispõe para lidar com a situação, de forma a evitar as consequências prejudiciais ou a antecipar os aspetos benéficos. Os componentes da avaliação secundária estão relacionados com as opções de *coping* e com as alternativas de resposta percebidas como disponíveis.

Por último, na etapa da reavaliação, o indivíduo estabelece um balanço entre as exigências criadas pela situação (avaliação primária) e os seus recursos e capacidades de resposta (avaliação secundária). O processo de reavaliação é muito importante porque dele vai depender as estratégias que o indivíduo vai adotar como resposta ao *stress* experienciado.

Se tivermos em conta as exigências colocadas pela situação e as aptidões e recursos (pessoais e sociais) do indivíduo, podemos deduzir que há três hipóteses possíveis no balanço que se estabelece na conjugação entre ambos. Quando o indivíduo tem aptidões e recursos suficientes que lhe permitem criar respostas adequadas perante as exigências, a vida decorre dentro de padrões controlados de *stress*.

Quando as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo, este vive numa situação de *stress* desgastante. Quando as aptidões e recursos são superiores às exigências então o grau de *stress* é mínimo. Não obstante, neste último caso, se as exigências tiverem um nível demasiado baixo, o aborrecimento e tédio a que dão origem podem constituir só por si um fator de *stress* (Vaz-Serra, 1999).

Uma pessoa está em *stress* quando sente que o grau de exigência que dada circunstância lhe cria é superior à sua capacidade de resposta, ou seja, aos meios (pessoais ou sociais) de que dispõe para a ultrapassar com êxito. Deste modo, não são

os acontecimentos em si que perturbam o indivíduo, já que o impacto emocional que os acontecimentos têm depende da avaliação que cada um faz deles. É nesta avaliação que residem as diferenças interpessoais na perceção do que é ou não stressante (Tobal, 2003). Neste sentido, o desenvolvimento da perceção de controlo, sentido de competência e expectativas de autoeficácia são considerados aspetos cruciais na abordagem clínica do *stress*.

A teoria proposta por Lazarus e Folkman (1984) acerca do *stress* e do *coping* envolve um conjunto complexo de processos cognitivos. A pessoa avalia exigências externas, constrangimentos ambientais e recursos de modo a constituir um sistema dinâmico de avaliação do *stress*. Através deste processo, as decisões são tomadas de modo a implementar uma ou mais estratégias de *coping*. A eficácia destas estratégias na gestão do *stress* é condicionada por uma constante reavaliação da situação e do estado emocional interno.

As estratégias de *coping* são assim constantemente modificadas e moduladas em relação à perceção dos seus efeitos na experiência de *stress*. Desta forma, *stress* e *coping* traduzem-se num fluxo constante devido à avaliação permanente do *stress* e ao ajustamento contínuo das estratégias de *coping* (Lequerica, Forschheimer, Tate, Roller & Toussaint, 2008).

A perspetiva transaccional de Lazarus e Folkman (1984) implica a existência não só de interação entre a pessoa e o ambiente, mas pressupõe igualmente transformações simultâneas, quer no indivíduo, quer no ambiente ao longo do tempo.

Importa ainda ter presente que as circunstâncias indutoras de *stress* não variam só de indivíduo para indivíduo. No mesmo ser humano, aquilo que é suscetível

de constituir uma ocorrência de *stresse* em dada altura da vida, pode não o ser noutra etapa diferente (Vaz-Serra, 1999).

O termo *stresse* apesar de muito difundido na atualidade, quer no dia-a-dia, quer a nível da investigação, não apresenta uma definição consensual (Tobal, 2002).

Procurando uma síntese das diferentes abordagens do *stresse*, verifica-se que há aspetos sempre implicados (Lazarus, 1993): (1) um agente causal interno ou externo; (2) uma avaliação que permite distinguir o que é ameaçador ou nocivo do que é benéfico; (3) um processo de *coping* usado para lidar com as exigências stressantes; (4) um padrão complexo de efeitos físicos e psicológicos, frequentemente, designado de reações ao *stresse*.

Apesar das diferentes conceptualizações, a perspetiva transacional continua a ser referida como uma das teorias mais abrangente e completa na abordagem do *stresse* e dos mecanismos de *coping* (Wang & Yeh, 2005), razão pela qual a tomámos como o modelo de suporte para abordagem de *stresse* e de *coping* subjacente à elaboração do presente estudo.

2.2.4 IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

A investigação tem vindo a evidenciar um interesse crescente face à importância e ao papel dos contextos e das características pessoais na exposição e na reação a situações de *stresse* e à sua relação com a saúde do indivíduo (Gillespie, Walsh, Winefields, Dua & Stough, 2001; Hammen, 2005; Pereira, Monteiro, Gomes & Tavares, 2005).

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis mas são conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança (Albuquerque, 1999; Albuquerque & Oliveira, 2002).

A noção de saúde varia consoante o contexto histórico, cultural, social, pessoal, científico e filosófico (Pais-Ribeiro, 2007). Os conceitos de saúde e bem-estar deverão ser considerados numa perspetiva holística e global, estando associados a um processo contínuo e dinâmico, tendo em vista a adoção de estilos de vida saudáveis. O conceito de saúde não é fácil de precisar. Por um lado, encontra-se relacionado com a perceção que cada pessoa ou comunidade constrói num determinado contexto espaço-temporal e, por outro, depende das crenças relacionadas com a vida, o sofrimento e a morte (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

O conceito de saúde é um dos conceitos mais polissémicos com que se confrontam as culturas, a comunidade, o indivíduo e, como tal, os profissionais de saúde. A saúde pode ser conceptualizada como o estado de equilíbrio dinâmico que o indivíduo mantém com o seu meio, permitindo-lhe realizar as suas atividades de vida e autocuidar-se (Abreu, 2001). Neste sentido, impõe-se uma definição de saúde de uma forma individual e não universal, já que cada indivíduo tem o seu padrão de saúde.

A perceção que cada pessoa tem acerca do seu estado de saúde é um indicador recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a avaliação do estado de saúde das populações (World Health Organization, 1996 *cit. in.* Rodrigues *et. al.*, 2005).

A presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É de natureza pessoal porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionado com a saúde física e mental da pessoa. É também de natureza social pois a doença de um indivíduo pode afetar outras pessoas significativas, como sejam a família, amigos e colegas (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Segundo a OMS (1948 *cit. in. Rodrigues et. al.,2005*) a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Esta definição perspetiva a saúde num contexto alargado de bem-estar em geral, deixando implícito que a saúde:

- é o estado habitual dos indivíduos e está subjacente à capacidade das pessoas executarem ações de rotina como, por exemplo, comer, fazer exercício, relaxar, relacionar-se com os outros;
- não é apenas ausência de doença;
- traduz-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- inclui as dimensões física, mental e social, perspetivadas como realidades interdependentes;
- existe num contínuo temporal, dinâmico, flutuando como resposta adaptativa às exigências (internas ou externas) percebidas pelo indivíduo, que decorrem ao longo do tempo;
- define-se por uma configuração de bem-estar resultante de uma autoavaliação, ou seja, da expressão da perceção do que o indivíduo sente sobre si próprio;

- envolve a energia disponível para realizar determinadas tarefas com sucesso;
- fica debilitada quando há insuficiente energia e/ou perícias para satisfazer as exigências da vida do dia-a-dia e para manter um sentimento de equilíbrio e de harmonia;
- não pode ser compreendida sem ser como parte de um equilíbrio ecológico global que abrange todos os elementos constituintes do planeta e a dinâmica existente entre eles.

Embora esta definição continue a constituir a matriz conceptual da OMS, posteriormente esta Organização acrescentou elementos que permitem uma compreensão mais alargada do conceito de saúde. Nesta redefinição, a OMS defende que a saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente. A saúde é, assim, um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objetivo de vida (WHO, 1986, *cit. in.* Pais-Ribeiro, 2007).

A saúde é, assim, um fator decisivo para o desenvolvimento humano, desde a conceção até à morte. Deste modo, uma saúde frágil poderá comprometer o desenvolvimento humano no seu potencial pleno. Pelo contrário, um nível elevado de saúde permite disponibilizar mais energia, durante mais tempo, para se empenhar nas atividades do dia-a-dia, sejam elas no âmbito do trabalho, da vida familiar, das relações sociais, das atividades de lazer, culturais ou outras. Uma melhor saúde

permite viver a vida durante mais tempo, com mais vivacidade e qualidade (Pais-Ribeiro, 2007).

A questão de saber como diferentes acontecimentos podem, no seu conjunto, condicionar o estado de saúde da pessoa encontra-se no centro da discussão sobre o *stress*. O impacto do *stress* no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos tem sido estudado com considerável detalhe na literatura.

De facto, e na perspetiva de Tobal (2003), o *stress* é um desafio importante que, se vencido, fortalece a pessoa, mas quando mal abordado pode causar doença. A investigação tem evidenciado que o *stress* está associado a uma variedade de resultados negativos tais como depressão, ansiedade, sintomas físicos, doenças e, em casos extremos, a morte (Folkman & Moskowitz, 2000).

Com efeito, o *stress* tem sido identificado como um fator de risco para uma diversidade de problemas de saúde, sendo que ninguém está imune aos seus possíveis efeitos adversos, tanto em termos físicos como cognitivo-emocionais e comportamentais (Quick *et al.*, 2006; Arslan, Dilmaç & Hamarta, 2009), sendo que alguns destes efeitos podem ser imediatos, enquanto outros podem ocorrer a médio ou a longo prazo (Shipton, 2002).

Apesar de ser necessário para a sobrevivência, os efeitos frequentes do *stress*, em termos de resposta fisiológica, podem aumentar o risco de problemas futuros para a saúde física e mental (Gunnar & Quevedo, 2007). Relativamente aos sintomas físicos, quando uma resposta de *stress* se desencadeia determina um conjunto de alterações a nível biológico expressas no funcionamento dos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e imunitário. Ou seja, dá origem a um largo número de

modificações metabólicas, alterando funções biológicas fundamentais e tornando o organismo propício a mais infeções. A situação é tanto mais grave quanto mais prolongada e intensa for a vivência de *stresse*.

A nível cardiovascular pode verificar-se: taquicardia, aumento da pressão arterial, hipertensão, dor torácica e palpitações.

Em termos neurológicos pode constatar-se a ocorrência de cefaleias, hiperreflexia, tremores, hiperatividade e alterações do sono.

No sistema endócrino as alterações relacionam-se com o aumento da taxa metabólica, do apetite, com a subida dos níveis de adrenalina e noradrenalina, com o aumento do colesterol e dos ácidos gordos e com a inibição do sistema imunológico. Em termos gastrointestinais, as implicações poderão traduzir-se em peristaltismo diminuído, indigestão, espasmos intestinais, diarreia e náuseas.

Relativamente ao sistema genito-urinário, como manifestações do *stresse* podem ocorrer urgência e/ou frequência urinária e perturbações sexuais.

No sistema musculoesquelético podem registar-se dorsalgias, dores articulares, dificuldades respiratórias e aumento da tensão muscular (Gillespie *et al.*, 2001; Tobal, 2002; Magaya, Asner-Self & Schreiber, 2005; Schneiderman, Ironson & Siegel, 2005; Quick *et al.*, 2006; Luquette, 2007).

Na sequência da experiência de *stresse*, para além das alterações que ocorrem na componente biológica há ainda que atender às que ocorrem a nível psicológico (em termos cognitivo-emocionais) e do comportamento observável (Vaz-Serra, 1999).

Assim, dependendo da sua intensidade, as situações de *stresse* poderão ter implicações ao nível do funcionamento cognitivo e emocional dos indivíduos, com repercussões para o desenvolvimento das suas atividades diárias (Claudino & Cordeiro, 2006; Omigbodun, Odukogbe, Omigbodun, Yusuf, Bella & Olayemi, 2006).

A nível cognitivo e emocional as alterações causadas pelo *stresse* podem traduzir-se em perturbações da memória, dificuldades de concentração e de tomada de decisões, alterações no pensamento crítico e noutras funções cognitivas, potenciação de pensamentos irracionais e negativos, aumento de erros no processamento de informação, diminuição da tolerância à frustração, mau humor, hipersensibilidade à crítica, irritabilidade, labilidade afetiva, excitação, tristeza e melancolia, angústia, depressão, apatia, falta de energia, medo, hostilidade, negação, diminuição do interesse sexual, ansiedade difusa e disfuncional, inquietação motora e tiques nervosos, gaguez e maior tendência para sofrer acidentes (Gillespie *et al.*, 2001; Magaya *et al.*, 2005; Queirós, 2005a; Queirós, 2005b; Schneiderman *et al.*, 2005; Quick *et al.*, 2006).

A nível comportamental, os sintomas do *stresse* poderão traduzir-se em mau relacionamento conjugal, menor atenção aos filhos, deterioração da comunicação familiar, demissão dos papéis familiares, diminuição de interesse, eficiência e rendimento profissionais, menor qualidade do desempenho, absentismo, abandono da profissão, lamúrias, choro, pânico, desorientação, indecisão, descrença e aumento do consumo de drogas, álcool e tabaco.

Considerando todos estes sintomas, facilmente se constata que o *stresse* afeta a eficácia dos indivíduos e a sua capacidade de adaptação (Arslan *et al.*, 2009).

Seguidamente apresentam-se resultados de investigações referentes à sintomatologia mais frequentemente, procurando, também, clarificar o efeito diferencial de algumas variáveis sociodemográficas.

No caso concreto de profissionais com múltiplas atividades, tarefas e desafios que têm que enfrentar podem levar à ocorrência de problemas nos seus sistemas biológico e psicológico (Francisco, 2009). Com efeito, quando o *stress* é percebido negativamente ou se se torna excessivo pode afetar não só a realização profissional, mas também a sua saúde (Misra *et al.*, 2000; Sheu *et al.*, 2002). Se não conseguirem lidar eficazmente com o *stress*, poderão surgir sentimentos de solidão, nervosismo, insónias e preocupações (Seyedfatemi, Tafreshi & Hagani, 2007).

Numa investigação com estudantes de Medicina avaliados antes e depois de um período stressante de exames, constatou-se que os estudantes relatavam uma deterioração do humor, ansiedade, depressão e mudanças no comportamento, com aumento do consumo de tabaco, redução do exercício e ingestão de alimentos (Ogden, 1999).

Misra, McKean, West e Russo (2000) constataram que as reações mais frequentes do *stress* eram as de natureza emocional e cognitiva, sendo as de índole comportamental e fisiológica as que ocorreram menos frequentemente.

Noutros estudos, contudo, os sintomas ao nível do comportamento social surgiram como sendo as respostas mais frequentes dos estudantes face a situações de *stress*, seguidas das respostas emocionais e físicas (Sheu, Lin & Hwang, 2002).

Uma revisão sistemática da literatura no âmbito do *stress* em estudantes da área da saúde conclui que a perceção de *stress* surge correlacionada com a

depressão, ansiedade, sintomas somáticos e problemas de saúde, sendo preditiva de riscos de depressão no futuro (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006). Neste mesmo sentido, Matos e Sousa-Albuquerque (2006) constataram que os estudantes de Enfermagem apresentavam, de um modo geral, melhores índices nas variáveis de saúde, quando comparados com os colegas de cursos superiores não relacionados com a área da saúde.

No respeitante às diferenças na sintomatologia do *stress* em função do sexo, de uma maneira geral, a investigação tem evidenciado que as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de sintomas de *stress* quando comparadas com os homens (Misra, Crist & Burant, 2003).

Gomes e Cruz (2004) verificaram que as mulheres apresentavam níveis mais elevados de *stress*, *burnout*, insatisfação profissional e saúde física quando comparadas com os seus colegas do sexo masculino. As mulheres tendiam a descrever mais sintomas e problemas de saúde decorrentes da situação de *stress*. Com base num estudo com estudantes universitários também Nerdrum e colaboradores (2006) constataram que as raparigas evidenciavam mais problemas mentais que os seus colegas rapazes.

Num estudo realizado com enfermeiros, Claudino e Cordeiro (2006) verificaram a existência de diferenças significativas entre os inquiridos do sexo feminino e masculino, sendo que as raparigas apresentavam níveis de ansiedade e depressão mais elevados.

Gomes e colaboradores (2006) verificaram que as mulheres demonstraram níveis superiores de *stresse* associados às pressões de tempo e excesso de trabalho, bem como níveis mais elevados de exaustão emocional e problemas físicos.

No mesmo sentido, Francisco (2009) constatou que, de um modo geral, as raparigas apresentavam médias mais elevadas na sintomatologia do *stresse*. Mais especificamente, as enfermeiras estagiárias expressavam mais sintomas cognitivos e emocionais do que os seus colegas rapazes. Relativamente aos sintomas comportamentais, não se verificaram diferenças significativas em função do sexo.

No que concerne a estudantes e, em termos do ano de frequência do curso, Claudino e Cordeiro (2006) constataram que os estudantes do 1.º e 3.º anos apresentavam níveis de ansiedade mais elevados do que os seus colegas dos 2.º e 4.º anos. Tais resultados poderão estar relacionados com as dificuldades sentidas pelos estudantes do 1.º ano em termos de adaptação, tanto ao meio social como às exigências do ensino superior.

Tendo em conta as implicações do *stresse* nos diversos domínios do funcionamento humano, a promoção do bem-estar e da saúde deve ser uma preocupação e uma meta constante em todas as etapas e contextos de vida, salientando-se o contexto educativo (Monteiro, Pereira, Gomes, Tavares & Gomes, 2005; Rodrigues *et al.*, 2005).

As instituições de ensino deverão contribuir para a promoção da saúde de todos os intervenientes. Tal compreende aspetos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias visando, em última análise, a mudança de

comportamentos que conduzam à adoção de um estilo de vida mais saudável (Pais-Ribeiro, 2007).

Sistematizando, o *stresse* acima de determinado nível pode incapacitar o indivíduo e causar graves problemas de saúde, pondo em causa as suas capacidades físicas e mentais. No entanto, apesar de geralmente a referência ser feita aos aspetos negativos e ameaçadores causado pelo *stresse* importa salientar, uma vez mais, que este não tem sempre (ou exclusivamente) efeitos nefastos, podendo inclusive ter implicações positivas na vida dos indivíduos.

Uma certa quantidade de *stresse* é uma parte importante da existência, sendo inclusive necessária para um funcionamento eficaz. O *stresse* positivo promove o desenvolvimento físico e mental, funcionando como estímulo para a maximização do nosso desempenho e para a procura de novas experiências (Arslan *et al.*, 2009). A distinção entre *stresse* positivo e negativo e as suas consequências na saúde vão depender do modo como o indivíduo percebe a situação geradora de *stresse* e a sua capacidade de resposta à mesma.

Neste sentido, a sintomatologia de *stresse* difere de indivíduo para indivíduo, em função de fatores intra e interpessoais e contextuais.

3. METODOLOGIA

3.1 Overview

Para análise dos dados, a variável saúde organizacional será considerada variável independente e a medida compósita mal-estar como variável dependente.

Assim, sumariamente, este trabalho tem como objetivo averiguar o impacto da saúde organizacional no mal-estar dos colaboradores. A representação gráfica deste modelo teórico é apresentada na Figura 2.

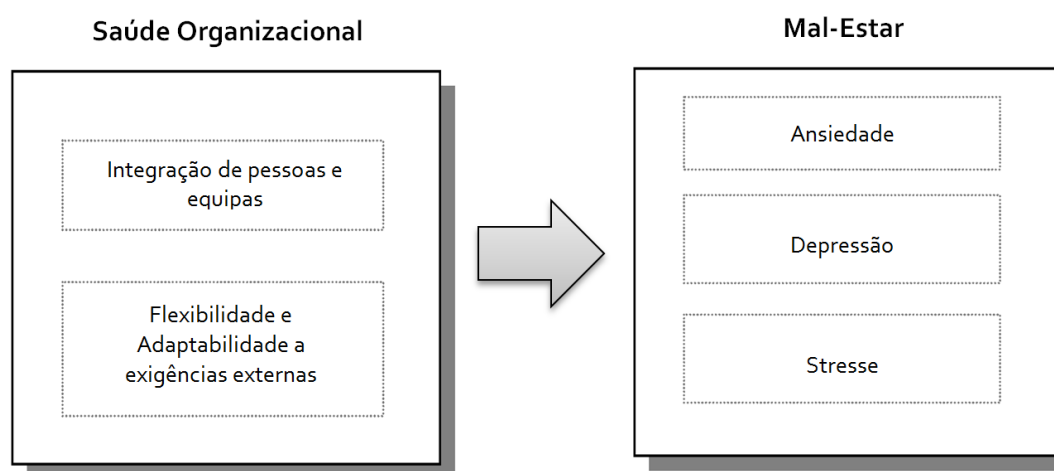


Figura 2. Esquema representativo do modelo de análise proposto.

A influência das variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais será objeto de averiguação, também. Isto porque pretendemos perceber se há diferenças estatisticamente significativas na perceção da saúde organizacional em variáveis como a escolaridade, género e categoria hierárquica, sobretudo.

Em suma, o presente estudo pretende responder às seguintes questões de investigação:

- Existem diferenças significativas na perceção da saúde organizacional, nas diferentes variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais?

- Há diferenças entre a percepção de saúde organizacional, nas diferentes organizações estudadas?
- Existe relação entre saúde organizacional e mal-estar?
- A saúde organizacional tem efeito no mal-estar dos colaboradores?

3.2 Amostra

A amostra é constituída 437 colaboradores de várias categorias sócio-demográficas e sócio-profissionais, distribuídos equitativamente por duas instituições públicas da região do distrito de Faro, uma universidade e um hospital, e várias instituições do setor privado, do distrito de Lisboa. A Tabela 3 espelha essa distribuição.

Tabela 3. Frequência relativa e absoluta da amostra, por tipo de origem

ORIGEM		FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Setor público	<i>Universidade</i>	132	30,2%
	<i>Hospital</i>	165	37,8%
Setor privado		140	32,0%
TOTAL		437	

O número de participantes respeita os pressupostos de Tinsley e Tinsley (1987), que defendem um número de participantes, no mínimo, igual à multiplicação dos itens em estudo por cinco. Assim, segundo os autores, em virtude dos 48 itens em estudo o N mínimo seria de 240. Tabachnick e Fidell (2001) defendem que o número

mínimo deve ser superior à multiplicação das variáveis predictoras por 40. No caso, totalizaria 80 participantes o que também é largamente respeitado. Num outro sentido, foi definido *a priori* que se esperava testar o modelo para detetar uma magnitude de efeito moderado ($\rho = 0,3$), com uma potência de 95% ($\alpha = 0,05$). Assim e com recurso ao programa G-Power verificou-se que o estudo teria de ter no mínimo 111 participantes.

O cumprimento destes pressupostos possibilitam a generalização dos resultados. Contudo, como a técnica de amostragem utilizada foi a seleção não intencional, por conveniência, devido à facilidade de acesso, a generalização dos resultados pode estar comprometida (Fortin, 2001). Espera-se que a dimensão da amostra contribua para diminuir as limitações desta técnica de amostragem não probabilística.

As variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais em estudo foram o sexo, a idade, a escolaridade, a categoria profissional, o exercício de cargos de coordenação e a antiguidade.

Os inquiridos são maioritariamente do sexo feminino, 71,2%, sendo os restantes 28,8% do sexo masculino. A distribuição da amostra quanto ao sexo e respetiva origem consta da Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da amostra quanto ao sexo, por tipo de origem.

SEXO	UNIVERSIDADE		HOSPITAL		PRIVADO	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	33	26,2%	43	34,1%	50	39,7%
Feminino	99	31,8%	122	39,2%	90	28,9%
TOTAL	132		165		140	

Em termos de idade, os participantes têm, em média, 41 anos ($\bar{x} = 41,04$; $\sigma = 9,674$), sendo o mínimo registado 23 anos e o máximo 65 anos. O gráfico da Figura 3 expressa esta distribuição, em cada um dos subgrupos de origem.

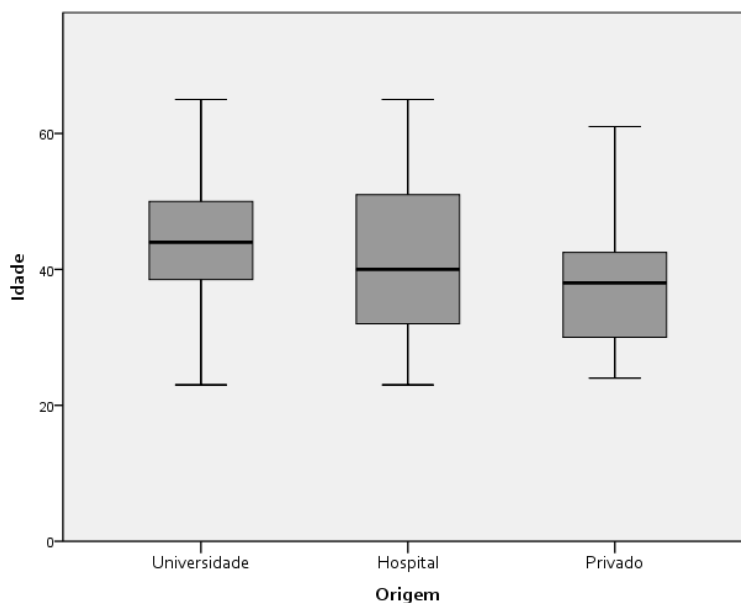


Figura 3. Gráfico de caixa de bigodes (*boxplot*) da distribuição das médias das idades pelos três tipos de origem

Quanto à escolaridade, os inquiridos são, maioritariamente, detentores de uma licenciatura (51%), seguida do ensino secundário com 19%. Há, aproximadamente, tanto mestrados como detentores do ensino básico, 12% e 13%, respetivamente. Um último estrato diz respeito aos doutorados que assume 5% da amostra, sendo unicamente provenientes do grupo da função pública. A Tabela 5 sumaria estas evidências.

Tabela 5. Distribuição das habilitações na amostra, por tipo de origem.

ESCOLARIDADE	UNIVERSIDADE		HOSPITAL		PRIVADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ensino Básico	22	17%	6	4%	29	21%	57	13%
Ensino Secundário	26	20%	22	13%	37	26%	85	19%
Licenciatura	42	32%	113	68%	66	47%	221	51%
Mestrado	27	20%	17	10%	8	6%	52	12%
Doutoramento	15	11%	7	4%	0	0%	22	5%

A representação gráfica desta caracterização pode ser vista na Figura 4.

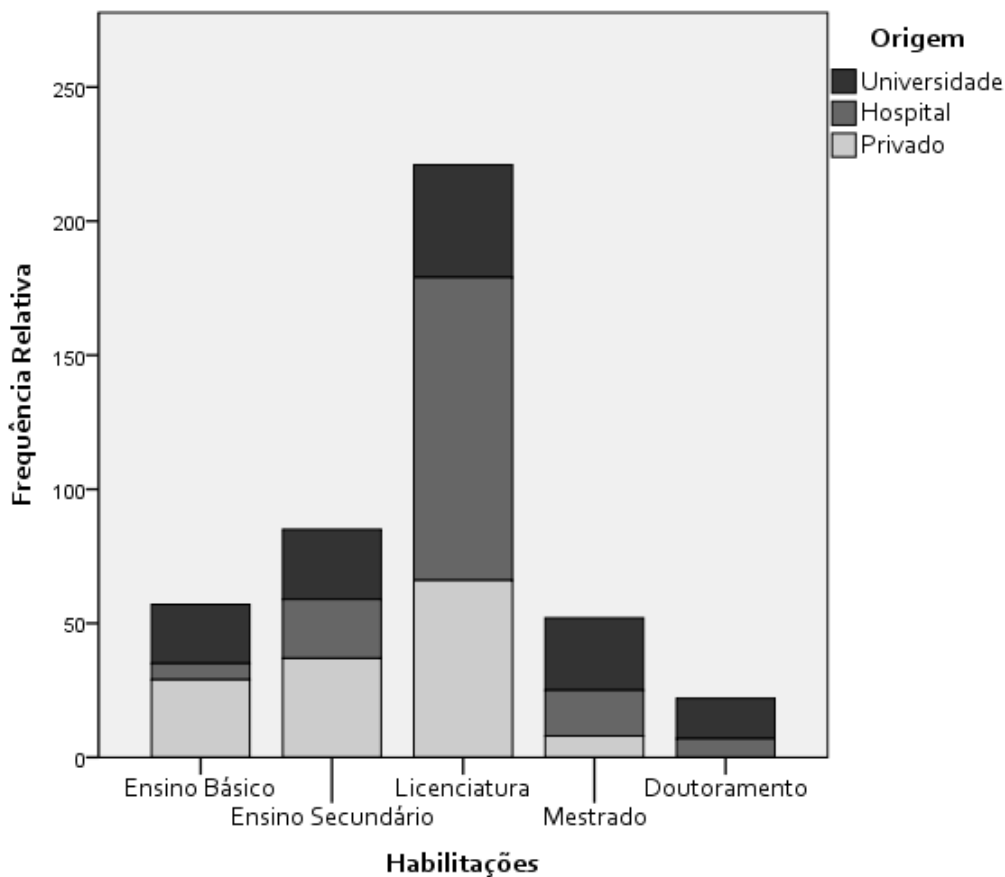


Figura 4. Gráfico de barras das habilitações, por tipo de origem.

Tendo em conta a variabilidade das descrições profissionais indicadas pelos respondentes, foi utilizada a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP) para categorizar e sumariar as profissões. Este instrumento, de 2010, abreviadamente foi, elaborado a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 (CITP/2008) pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE, I.P.) e é utilizado para harmonizar as profissões, tendo em conta o seu conteúdo profissional.

O CPP classifica as profissões em nove grandes grupos, sendo que, nesta amostra foram encontradas profissões que se enquadravam em seis desses grupos.

Para facilitar o tratamento estatístico, a nomenclatura desses grupos foi abreviada. Os grupos utilizados e a respetiva abreviação constam da tabela que se segue (Tabela 6).

Tabela 6. Adaptação da Classificação das Profissões Portuguesas

ORIGINAL (CPP/2010)	ADAPTADO
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	Quadros Superiores
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	Especialistas
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	Técnicos
Pessoal Administrativo e Similares	Administrativos
Pessoal dos Serviços e Vendedores	Operacionais

O resultado desta categorização mostra que a maioria dos colaboradores inquiridos são, na sua maioria, especialistas das profissões intelectuais e científicas (53,2%). A segunda categoria profissional encontrada é a de administrativo com 17,2%, seguida dos operacionais com 12,6%. O número de quadros superiores está equilibrado com o número de técnicos com 8,7% e 8,2%, respetivamente. Estes resultados estão evidenciados na Tabela 7.

Tabela 7. Frequência relativa e absoluta das profissões da amostra.

PROFISSÃO	FREQUÊNCIA RELATIVA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Quadros Superiores	38	8,7%
Especialistas	233	53,3%
Técnicos	36	8,2%
Administrativos	75	17,2%
Operacionais	55	12,6%

A distribuição das categorias profissionais também é visível no gráfico que se segue (Figura 5).

METODOLOGIA

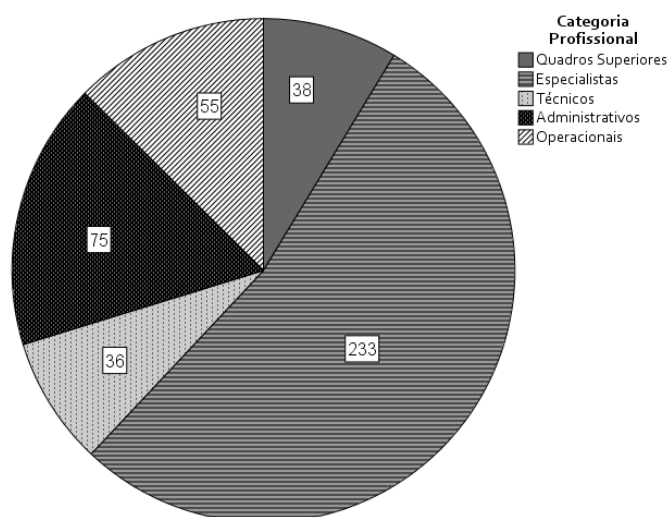


Figura 5. Gráfico da distribuição das categorias profissionais.

No grupo de pessoal da função pública é possível agregá-los num outro grupo característico. Tendo em conta o conteúdo funcional, foi possível diferenciar na universidade, o grupo de pessoal docente do não docente e, por sua vez, no hospital, os prestadores de cuidados e os não prestadores. Esta distinção une os profissionais que efetivamente prestam serviço específico (*e.g.* médicos, enfermeiros) dos profissionais que prestam apoio genérico (*e.g.* administrativos, técnicos, analistas). Esta categorização está representada na Figura 6.

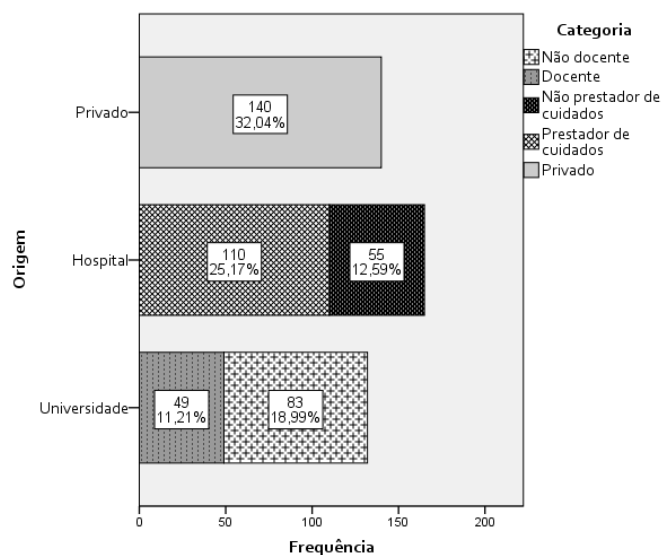


Figura 6. Gráfico de barras da distribuição das categorias profissionais do setor público.

O inquérito socioprofissional averiguava, também, o exercício de cargos de coordenação ou chefia. Na amostra verifica-se que cerca de 28.37% desempenham esse tipo de funções. A sua distribuição por local de origem pode ser vista na Figura 7.

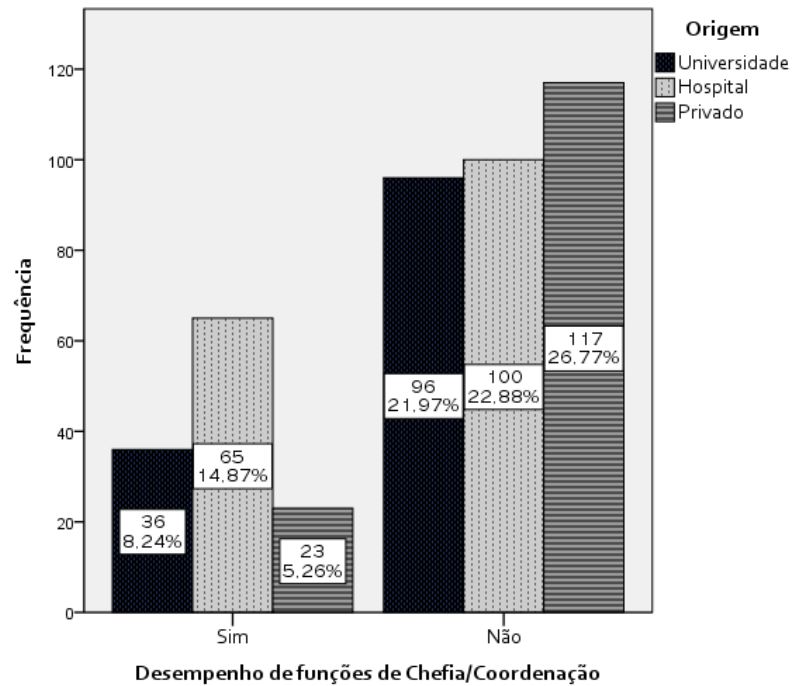


Figura 7. Gráfico de barras da distribuição de frequências dos sujeitos que desempenham funções de chefia/coordenação.

Por fim, foi aferido, também, a antiguidade na instituição. Verificou-se que os participantes têm, em média, 13 anos de antiguidade ($\bar{x} = 12,926$; $\sigma = 9,470$), sendo o mínimo registado 0 anos e o máximo 41 anos. Estes dados podem ser visto na Figura 8, avaliados por origem.

METODOLOGIA

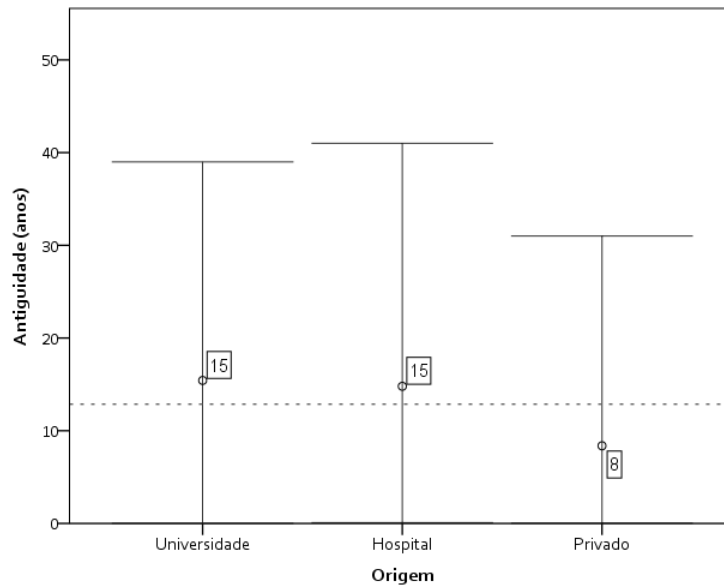


Figura 8. Gráfico das médias dos anos de antiguidade, por tipo de origem.

Para apoiar a interpretação do gráfico, a Tabela 8 resumiria esses mesmos dados.

Tabela 8. Medidas de tendência central da antiguidade, por tipo de origem.

ANTIGUIDADE	UNIVERSIDADE	HOSPITAL	PRIVADO	TOTAL
Média (\bar{x})	15,42	14,79	8,37	12,93
Desvio-padrão (σ)	7,70	11,17	6,87	9,47
Mínimo	0	0,08	0,03	0
Máximo	39	41	31	41

3.3 Procedimento

Os sujeitos foram convidados a participarem na pesquisa, após anuência da organização onde trabalhavam. Para que tal fosse possível foi explicado aos dirigentes da organização o objetivo da pesquisa, os procedimentos adotados, a forma de

participação e os requisitos para a colaboração dos funcionários. A recolha foi efetuada de forma eletrónica nas instituições pública (universidade e hospital) e presencial, em suporte físico, no caso do setor privado.

Aos participantes foram explicitados os objetivos da pesquisa, sublinhando que tratar-se um estudo totalmente desvinculado da entidade empregadora. Serão, também, informados da confidencialidade e anonimato das suas respostas. Ademais, foi-lhes esclarecido a inexistência de qualquer risco, pena ou prejuízo pela participação e a possibilidade de desistência, livre e sem qualquer tipo de consequência. Assim, o consentimento informado utilizado foi elaborado em consonância com os critérios éticos da APA (*American Psychiatric Association*) e pode ser consultado no anexo 1.

Com recurso ao programa *PASW Statistics*® (versão 18.0.0), os dados recolhidos foram digitados para uma base de dados que possibilitasse o seu tratamento e processamento.

A variável *saúde organizacional* foi considerada como preditora da medida compósita de *mal-estar*. As variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais também serão objeto de análise exploratória. Seguidamente é explicado, em particular, as unidades de medida adotadas para mensuração desses construtos.

3.4 Instrumentos

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de uma bateria de testes. Tendo em conta o objetivo a que esta investigação se propõe, o método quantitativo

afigura-se o mais pertinente. As vantagens e desvantagens deste método já são bem conhecidas (*vide* Fortin, 2001).

3.4.1 SAÚDE ORGANIZACIONAL

A percepção de saúde organizacional refere-se às crenças dos trabalhadores em relação à capacidade da organização desenvolver altos níveis de adaptabilidade e flexibilidade às exigências externas, quando necessário, e ainda, promover o alto grau de integração entre os empregados e as suas equipas de trabalho (Gomide Jr., Moura, Cunha & Sousa, 1999).

Visto que foi adotado como quadro referencial o trabalho destes autores, optamos por medir esta variável através da *Escala de Percepção de Saúde Organizacional* (EPSaO) de Gomide Jr. e Fernandes (2008), por se tratar de uma versão revalidada e melhorada da EPSaO inicialmente desenvolvida por Gomide Jr., Moura, Cunha e Sousa (1999). É composta por 27 itens respondidos através de autopreenchimento conforme uma escala de Likert equilibrada de 5 pontos (desde 1 = Discordo totalmente e 5 = Concordo totalmente) (anexo 1).

Esta escala de medida tem como objetivo avaliar a percepção dos empregados a respeito da saúde da organização. É constituída por dois fatores: (1) *integração das pessoas e equipas*, que constituem 20 itens e (2) *flexibilidade e adaptabilidade às exigências externas*, que constituem 7.

Quanto às suas características psicométricas, o primeiro fator, com cargas fatoriais que variam entre 0,46 e 0,84, possui um índice consistência interna (α de

Cronbach) de $\alpha = 0,949$ (no estudo original $\alpha = 0,92$); o segundo fator, com cargas fatoriais que variam entre 0,44 e 0,85, possui um índice de consistência interna de $\alpha = 0,892$ (no estudo original $\alpha = 0,84$). Todos os valores são satisfatórios, estando acima do critério definido por Hill e Hill (2002), $\alpha > 0,70$ e verificou-se uma melhoria das características psicométricas do instrumento em relação ao estudo inicial. Os itens que correspondem a cada um dos fatores, assim como, a respetiva definição e consistência interna estão sintetizados na Tabela 9.

Tabela 9. Fatores, definições itens e consistência interna da Escala de Percepção de Saúde Organizacional de Gomide Jr. e Fernandes (2008).

FATOR / DENOMINAÇÕES	DEFINIÇÕES	ITENS	CONSISTÊNCIA INTERNA
<i>Integração de pessoas e equipas</i>	Crenças do empregado de que a instituição é capaz de estimular a partilha dos objetivos organizacionais e a integração dos seus membros às equipas de trabalho.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21	$\alpha = 0,949$
<i>Flexibilidade e Adaptabilidade a exigências externas</i>	Crenças do empregado de que a organização possui políticas e procedimentos de trabalho flexíveis e orientados para a adaptação da instituição às exigências do ambiente externo.	16, 22, 23, 24, 25, 26, 27	$\alpha = 0,892$

O cálculo da pontuação média é o quociente do somatório dos valores dos itens de determinado fator, pelo número de itens correspondentes. Assim, para o fator 1 o somatório será dividido por 20 e para o fator 2 será dividido por 7. O resultado deve estar compreendido entre 1 e 5.

A interpretação dos resultados obtidos deve considerar que quanto maior o valor fatorial médio, maior é a percepção do sujeito acerca da característica

contemplada pelo fator. A concretização da interpretação encontra-se esquematizada na Tabela 10.

Tabela 10. Interpretação do score médio da Escala de Percepção de Saúde Organizacional de Gomide Jr. e Fernandes (2008).

INTERVALO DA MÉDIA FATORIAL	INTERPRETAÇÃO
[1; 2,9]	Indicam que o empregado não percebe a característica enunciada no fator.
[3; 3.9]	Indicam uma dúvida do respondente quanto à presença da característica enunciada pelo fator.
[4; 5]	Indicam que o empregado percebe a característica indicada.

3.4.2 MAL-ESTAR

Como vimos, o mal-estar pode refletir-se de inúmeros modos (e.g., anedonia, a ausência de afeto positivo a hiperatividade, irritabilidade, dificuldade em relaxar ou a tensão somática). Surge a necessidade, então, de encontrar um instrumento capaz de cobrir tão largo espectro. Para além disso, tendo em conta que se trata de uma investigação com um considerável número de participantes e uma exaustiva atividade de tratamento de dados inerente, o instrumento não pode ser muito extenso para não representar uma sobrecarga seja para o investigador como para o sujeito. Porém, não pode descurar os padrões elevados dos critérios psicométricos. Por fim, mas não menos importante, tem de ser um instrumento com valores normativos de acordo com a amostra que se pretende estudar, isto é, exclui-se, por exemplo, o NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) por estar formatado para populações com perturbação.

Sendo assim, selecionou-se como instrumento de avaliação a *Escala de Ansiedade Depressão e Stress*, doravante designada pelo acrónimo EADS-21, de Pais-

Ribeiro, Honrado e Leal (2004). É resultado da adaptação à população portuguesa do *Depression Anxiety Stress Scale* de Lovibond e Lovibond (1995).

Este conjunto de escalas consegue a difícil tarefa de satisfazer as três condições supracitadas, senão vejamos:

Avalia, como o próprio nome indica, a sintomatologia relacionada com a ansiedade e depressão, como se sabe são constituintes determinantes de um grande leque de doenças mentais; a título de exemplo, só a ansiedade compreende 12 categorias no DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual da American Psychiatric Association*, 1994). A discriminação máxima entre os dois construtos, em resposta aos elevados critérios psicométricos, feito através da análise fatorial da escala, fez emergir um novo construto o stress. Este fator incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e a depressão.

Por outro lado, a versão portuguesa não se limita à tradução e adaptação cultural, representando, também, uma versão mais curta (de 21 itens) em relação à original (de 42 itens). Os autores ditam que estas medidas reduzidas são mais úteis em psicologia dado que os contextos de aplicação assim o exigem (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Para além da equivalência linguística, conceptual e métrica em relação às escalas originais os autores mostraram que as escalas de 21 e de 42 itens medem os mesmos construtos da mesma maneira. Para tal era necessário que (a) a correlação entre as mesmas escalas das duas versões fossem elevadas e (b) as correlações da escala de cada uma das versões com as restantes escalas das duas versões fosse idêntica. Os autores verificaram uma correlação elevada entre as mesmas escalas da

versão de 21 e a de 42 itens, com variâncias explicadas de 89%, 90% e 96% respetivamente para o stress, a ansiedade e a depressão. Em relação ao segundo pressuposto, os autores verificaram que a correlação entre cada escala e as restantes, na versão reduzida e completa, é idêntica, como mostra a Tabela 11.

Tabela 11. Correlação entre as escalas EADS de 42 e 21 itens (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

	Stress-42	Ansiedade-42	Depressão-42
Stress-21	0,94	0,64	0,59
Ansiedade-21	0,63	0,95	0,52
Depressão-21	0,58	0,58	0,98

Por fim, Lovibond e Lovibond (1995), na sua formatação inicial caracterizaram as escalas do seguinte modo:

"a depressão principalmente pela perda de autoestima e de motivação, e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão" (p.4).

Assim, as escalas tratam conceitos anódinos, comuns e transversais ao quotidiano cada vez mais exigente de um trabalhador. Isto significa que a escala não está, necessariamente, orientada para uma população com perturbação. Aliás, sublinhe-se que o estudo inicial (Lovibond & Lovibond, 1995), assim como a adaptação da versão portuguesa, foram realizados com populações sem doença.

Em suma, a EADS, é uma escala de tipo Likert, com 21 itens, agrupados em três subescalas, respetivamente de ansiedade, de depressão e de stresse, de sete itens. Cada item corresponde a uma frase afirmativa que remete para sintomas emocionais negativos, em que o sujeito identifica o seu estado emocional relativamente à sua última semana. O inquirido seleciona um das quatro alternativas de resposta que variam entre 0 = “não se aplicou nada a mim”, e 3 = “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

No que concerne à dimensão Ansiedade, esta inclui itens relativos à Excitação do Sistema Nervoso Autónomo (três itens), aos Efeitos dos Músculo Esqueléticos (um item), à Ansiedade Situacional (um item) e às Experiências Subjetivas de Ansiedade (dois itens). A dimensão referente à Depressão inclui itens relativos à Disforia (um item), ao Desânimo (um item), à Desvalorização da vida (um item), à Auto-depreciação (um item), à Falta de Interesse ou de Envolvimento (um item), à Anedonia (um item) e à Inércia (um item). A dimensão de stresse é constituída por itens associados à Dificuldade em Relaxar (dois itens), Excitação Nervosa (um item), Facilmente de Agitado/Chateado (um item), Irritável/Reações Exageradas (dois itens) e Impaciência (um item).

As suas características psicométricas são inteiramente satisfatórias. A subescala da Ansiedade apresenta um $\alpha = 0,859$ ($\alpha = 0,74$ no estudo original), a subescala de Depressão $\alpha = 0,895$ ($\alpha = 0,85$ no estudo original) e, por sua vez, $\alpha = 0,936$ na subescala do Stresse ($\alpha = 0,81$ no estudo original). Todas as escalas apresentavam níveis de consistência interna (α) considerados adequados para medir as variáveis que pretendiam medir ($\alpha > 0,70$, de acordo com Hill & Hill, 2002), sendo

que, no presente estudo, se verificou uma melhoria das suas características psicométricas. O resumo destas características pode ser visto na Tabela 12.

Tabela 12. Súmula das características da EADS-21 de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

SUBESCALA	SINTOMAS	ITENS	CONSISTÊNCIA INTERNA
<i>Ansiedade</i>	Excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	$\alpha = 0,859$
<i>Depressão</i>	Disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	$\alpha = 0,895$
<i>Stresse</i>	Dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritabilidade/reação exagerada, impaciência	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	$\alpha = 0,936$

Para se obter o resultado de cada uma das subescalas somam-se os valores dos sete itens correspondentes. Quanto mais elevada for a pontuação, mais negativos são os estados emocionais do indivíduo, isto é, o seu mal-estar.

4. RESULTADOS

Os dados recolhidos foram digitados no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18.0.0, onde se procedeu à análise e tratamento dos dados.

Para a descrição da amostra foram utilizadas estatísticas descritivas (frequências, médias e desvio-padrão); para a análise das correlações entre as variáveis em estudo será utilizada a correlação bivariada *Pearson*; e para o teste do modelo proposto, uma análise exploratória a partir de estatísticas inferenciais multivariadas (regressão múltipla *stepwise*), de modo a averiguar a relação das variáveis. Para confirmar o ajustamento do modelo foi utilizada a *path analysis*, com recurso ao suplemento AMOS do SPSS.

Com já foi referido, para análise dos dados, a variável saúde organizacional foi considerada variável independente e a medida compósita mal-estar como variável dependente. Cada um dos procedimentos estatísticos referidos serão apresentados de seguida, organizados por subsecções.

4.1 Análise Exploratória

O tratamento estatístico iniciou-se com a análise univariada dos dados, para detetar, entre outras coisas, valores anómalos. Sendo assim, foram verificadas as medidas de localização e tendência central de cada uma das variáveis, a normalidade da distribuição e os valores omissos. Os valores estavam de acordo com as suas características. Os valores omissos registados, visto que, não ultrapassavam o critério de 5% postulado por Tabachnick e Fidell (2001) foram substituídos pela média. O teste da normalidade, através do teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors revelou que a idade não respeita a distribuição normal (K-S =

1,326, $\rho = 0,059$). Este resultado pode ser visto na Figura 9 e será tido em conta nas análises estatísticas posteriores.

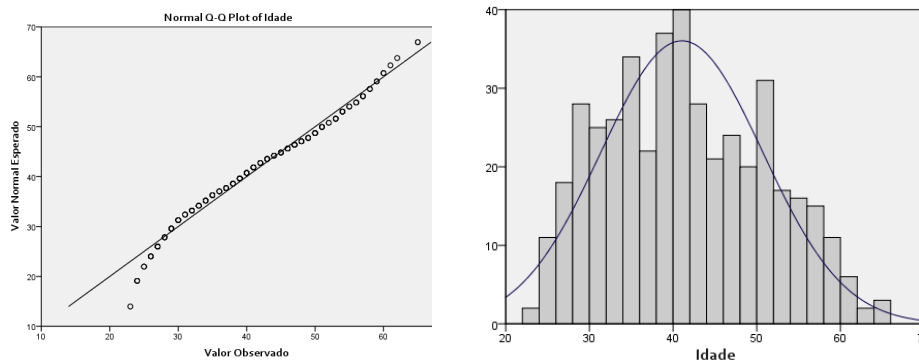


Figura 9. Normal Q-Q Plot e Histograma de distribuição das idades, para avaliação da normalidade da distribuição.

A análise de dados extremos (*outliers*), isto é, valores que se destacam numa distribuição, e que podem influenciar as análises, não foram alterados. Com base nos gráficos de *boxplot* utilizados, os dados não pareceram ser suficientes alterar os resultados das análises. Assim, optou-se por não alterá-los considerando que sejam representativos do que ocorre na população (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005).

Seguidamente, para perceber se as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais têm alguma relação com a saúde organizacional foi efetuada uma correlação bivariada de *Pearson*. Os resultados constam da Tabela 13.

Os resultados mostraram que só a variável antiguidade tem uma relação fraca e negativa com uma das dimensões da saúde organizacional, o fator integração ($r = -0,097$; $\rho = 0,042$). Isto significa que quanto maior a antiguidade menor é a Integração

RESULTADOS

de pessoas e equipas. Sendo assim, estas variáveis não foram tidas em conta nos procedimentos estatísticos futuros.

Tabela 13. Resultado das correlações bivariadas de Pearson (r) entre as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais e a saúde organizacional, nas suas duas dimensões.

VARIÁVEIS	EPSAO - F1 - Integração		EPSAO - F2 - Flexibilidade	
	r de Pearson	ρ	r de Pearson	ρ
Sexo	-0,038	0,425	-0,003	0,944
Idade	-0,045	0,350	-0,076	0,112
Habilitações	0,017	0,725	-0,019	0,685
Antiguidade	-0,097*	0,042	-0,079	0,098
Funções de chefia	-0,030	0,538	-0,021	0,656

N= 437; * $\rho \leq 0,005$

Tendo em conta que estas variáveis não têm um papel estatisticamente significativo, passamos a analisar as variáveis saúde organizacional e mal-estar. Como vimos, a saúde organizacional é constituída por dois fatores *Integração de pessoas e equipas* e *Flexibilidade e Adaptabilidade a exigências externas* que, para facilitar a sua leitura, serão futuramente referidas como *integração* e *flexibilidade*. O mal-estar, com sabemos, foi medido através de uma medida compósita, tendo os fatores *ansiedade*, *depressão* e *stress*. As estatísticas descritivas das variáveis constam da tabela que se segue (Tabela 14).

Tabela 14. Estatísticas descritivas das variáveis saúde organizacional e mal-estar, ponderados por origem.

Fatores		Origem			
		Universidade	Hospital	Privado	
EPSaO (1-5)	Integração de pessoas e equipas	\bar{x}	2,928	2,862	3,114
		σ	0,591	0,7	0,596
	Flexibilidade e Adaptabilidade a exigências externas	\bar{x}	2,877	2,906	2,946
		σ	0,632	0,733	0,648
EADS (0-21)	Ansiedade	\bar{x}	2	1	4
		σ	3	2	4
	Depressão	\bar{x}	3	1	5
		σ	3	2	5
	Stresse	\bar{x}	3	3	9
		σ	4	3	6

Os resultados mostram que quanto ao fator integração de pessoas e equipas, os trabalhadores, no caso da universidade e do hospital, não percebem a característica enunciada, $\bar{x} = 2,928$ e $\bar{x} = 2,962$, respetivamente. Com pouca diferença, mas efetivamente superior, é a perceção deste fator no privado ($\bar{x} = 3,114$). No que toca ao fator flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas, os colaboradores percebem não percebem a característica enunciada, indiferentemente da origem ($\bar{x} = 2,877$, $\bar{x} = 2,906$ e $\bar{x} = 2,946$, para a universidade, hospital e setor privado, respetivamente). Como sabemos, a média poderia variar entre 1 e 5, mostrando o grau em que os colaboradores compreendiam a característica enunciada, leia-se, o grau de saúde organizacional. Isto mostra que a perceção de saúde organizacional nas empresas estudadas é mediana.

O mal-estar apresenta maior variabilidade de respostas. No caso da ansiedade o setor privado apresenta a maior média de sintomatologia ($\bar{x} = 4$), seguido da universidade ($\bar{x} = 2$) e, por último, o hospital ($\bar{x} = 1$). Relativamente à depressão a configuração é similar, o hospital apresenta o mesmo índice de sintomatologia ($\bar{x} = 1$), a universidade com uma média superior à ansiedade, apresenta uma média de $\bar{x} = 3$ e, no setor privado a média é de $\bar{x} = 5$. No que diz respeito à variável stresse, verifica-se que universidade e hospital apresentam média similar ($\bar{x} = 3$) e, bastante distanciada, surge a média do setor privado, $\bar{x} = 9$.

Os resultados sugerem que existem diferenças da perceção de saúde organizacional, assim como de mal-estar, quando comparamos os grupos. Para confirmar que estes resultados têm relevância estatística recorreu-se à correlação de *Pearson*. Os resultados estão sumariados na Tabela 15.

RESULTADOS

Tabela 15. Correlação bivariadas de *Pearson* (r) entre as variáveis saúde organizacional e mal-estar.

VARIÁVEIS	1	2	3	4	5
1. Integração de pessoas e equipas					
2. Flexibilidade e Adaptabilidade a exigências externas	0,711**				
3. Ansiedade	0,029	- 0,027			
4. Depressão	0,011	- 0,084	0,785**		
5. Stresse	0,065	- 0,058	0,719**	0,761**	
6. Origem	0,161**	0,037	0,344**	0,398**	0,513**

N= 437; ** $\rho \leq 0,001$

Verifica-se que nem todas as variáveis têm uma relação estatisticamente significativa. Apesar de se verificar que as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, como se esperava pela análise descritiva, as variáveis de mal-estar, ansiedade, depressão e stresse não se correlacionam com a saúde organizacional, independentemente do fator, seja integração ou flexibilidade. Desta forma, e visto que, para o objetivo deste estudo, importa a relação destas variáveis, foi efetuada a correlação com os sujeitos que apresentavam resultados mais homogêneos, a universidade e o hospital.

Nesta correlação, em particular, a variável origem foi transformada numa variável nominal dicotómica, para que fosse possível aplicar a correlação de *Pearson*, através do método bisseral por pontos (1 = público; 2 = privado). O resultado encontrado entre as variáveis de mal-estar e a origem evidencia uma correlação positiva e moderada, $r = 0,344$; $0,398$; $0,513$, para um $\rho \leq 0,001$ para a ansiedade, depressão e stresse, respetivamente. O mesmo acontece com origem e o fator integração da saúde organizacional. Foi encontrada uma correlação fraca e positiva

entre origem e integração ($r = 0,161$; $\rho \leq 0,001$). Assim verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas na perceção de saúde nas diferentes organizações.

Sabendo que as diferenças de resultados quanto à origem tem significado estatístico foi efetuada uma análise das variâncias (ANOVA), para perceber a origem destas diferenças.

4.2 Análise da Variância (ANOVA)

Tendo em conta o que a estatística descritiva nos indicou, nomeadamente, a possibilidade das diferenças da saúde organizacional e o respetivo efeito se dever à origem da amostra, será aplicado o teste *one-way ANOVA*.

Este teste estatístico obriga a que sejam verificados dois pressupostos: (1) a independência das amostras e (2) a homogeneidade das variâncias.

Quanto à independência das amostras, sabemos já que são retiradas de populações normalmente distribuídas. Para além disso, o tamanho de cada amostra ultrapassa o critério $N > 30$, preconizado pelo teorema do limite central. Posto isto e, pelo que vimos anteriormente, através da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov com correção Lilliefors, o primeiro pressuposto está observado (*vide* Tabela 16).

Tabela 16. Resultado do teste Kolmogorov-Smirnov com correção Lilliefors

	EPSAO		EADS		
	INTEGRAÇÃO	FLEXIBILIDADE	ANSIEDADE	DEPRESSÃO	STRESSE
\bar{x}	2,962	2,910	2,07	2,92	4,80
σ	0,644	0,676	3,094	3,796	4,962
Kolmogorov-Smirnov Z	1,246	2,670	5,713	4,610	3,483
ρ	0,003	0,000	0,000	0,000	0,000

RESULTADOS

Para a verificação da homogeneidade das variâncias foi utilizado o teste de *Levene*. O teste mostrou que, no caso de uma das variáveis referentes à Saúde Organizacional, as variâncias não são homogêneas. O fator um da EPSAO – *integração de pessoas e equipas* temos *Levene* $(_{2,434}) = 2,925$; $\rho = 0,055$, o que nos leva a rejeitar a hipótese nula para a homogeneidade das variâncias. Este facto obriga à utilização do teste de *Brown-Forsythe* que imprime robustez à ANOVA e é utilizado para situações em que não se verifique a homogeneidade das variâncias (Pestana & Gagueiro, 2008). O resultado desse teste encontra-se na Tabela 17.

Tabela 17. Teste de *Levene* para a homogeneidade das variâncias

VARIÁVEL	TESTE DE LEVENE	ρ
EPSAO - F1 - Integração	2,925	0,055
EPSAO - F2 - Flexibilidade	3,497	0,031
EADS - Ansiedade	40,087	0,000
EADS - Depressão	62,777	0,000
EADS - Stresse	39,617	0,000

gl = 1;434

Assim, efetuada a verificação dos pressupostos, o resultado da ANOVA, com a correção do teste *Brown-Forsythe* está descrita na Tabela 18.

Tabela 18. Resultado da ANOVA com a correção de *Brown-Forsythe*

VARIÁVEL	BROWN-FORSYTHE	gl	ρ
EPSAO - F1 - Integração	6,349	2; 433,590	0,002*
EPSAO - F2 - Flexibilidade	0,373	2; 433,854	0,689
EADS - Ansiedade	28,895	2; 313,557	0,000**
EADS - Depressão	44,174	2; 296,240	0,000**
EADS - Stresse	75,206	2; 302,910	0,000**

** $\rho \leq 0,001$; * $\rho \leq 0,05$

RESULTADOS

Os resultados mostram que há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, excetuando-se o fator dois da escala da saúde organizacional ($F_{(2; 433,590)} = 0,373, \rho = 0,689$).

O recurso ao teste *post-hoc* permitiu perceber a que se deviam estas diferenças. Neste caso, e visto que os grupos não estão distribuídos equitativamente foi utilizado o *post-hoc* de Scheffe, como sugerido por Laureano (2011).

Tabela 19. Avaliação *post-hoc* de Scheffe da ANOVA (N = 437).

Variável Dependente	(A) Origem	(B) Origem	Diferença de Médias (A – B)	σ	ρ
EPSAO - F1 - Integração	Universidade	Hospital	0,066	0,074	0,674
		Privado	-0,186	0,077	0,056
	Hospital	Universidade	-0,066	0,074	0,674
		Privado	-0,252	0,073	0,003*
Privado	Universidade	0,186	0,077	0,056	
	Hospital	0,252	0,073	0,003*	
EPSAO - F2 - Flexibilidade	Universidade	Hospital	-0,030	0,079	0,931
		Privado	-0,070	0,082	0,697
	Hospital	Universidade	0,030	0,079	0,931
		Privado	-0,040	0,077	0,876
Privado	Universidade	0,070	0,082	0,697	
	Hospital	0,040	0,077	0,876	
EADS - Ansiedade	Universidade	Hospital	0,458	0,339	0,404
		Privado	-2,023*	0,353	0,000**
	Hospital	Universidade	-0,458	0,339	0,404
		Privado	-2,481*	0,334	0,000**
Privado	Universidade	2,023*	0,353	0,000**	
	Hospital	2,481*	0,334	0,000**	
EADS - Depressão	Universidade	Hospital	1,223*	0,403	0,011*
		Privado	-2,553*	0,419	0,000**
	Hospital	Universidade	-1,223*	0,403	0,011*
		Privado	-3,776*	0,397	0,000**
Privado	Universidade	2,553*	0,419	0,000**	
	Hospital	3,776*	0,397	0,000**	
EADS - Stresse	Universidade	Hospital	0,258	0,498	0,875
		Privado	-5,310*	0,518	0,000**
	Hospital	Universidade	-0,258	0,498	0,875
		Privado	-5,568*	0,490	0,000**
Privado	Universidade	5,310*	0,518	0,000**	
	Hospital	5,568*	0,490	0,000**	

RESULTADOS

Os resultados mostraram que há diferenças estatisticamente significativas entre a percepção da *integração de pessoas e equipas* nos diferentes grupos ($F_{(2,434)} = 6,349$; $p = 0,002$). Averiguado a proveniência das diferenças, verifica-se que se deve à diferença entre o grupo do hospital e o grupo do setor privado. Esta diferença é visível na Figura 10. A magnitude do efeito dessa diferença é de $d = 0,190$ (efeito pequeno, segundo Cohen, 1992).

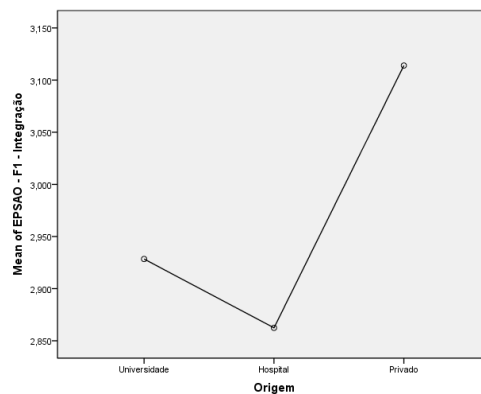


Figura 10. Gráfico de distribuição das médias do fator integração pela origem ($p = 0,002$).

Num outro sentido, os resultados mostraram que no fator *flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas* não há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ($F_{(2,434)} = 0,373$; $p = 0,689$). Este resultado também é visível no gráfico da Figura 11.

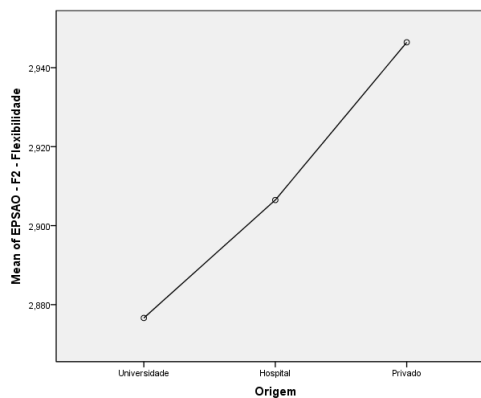


Figura 11. Gráfico de distribuição das médias do fator flexibilidade pela origem ($p = 0,689$).

Assim, verifica-se que só há diferenças estatisticamente significativas quanto a uma das dimensões da saúde organizacional.

Quanto aos indicadores de mal-estar, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos.

No que diz respeito à *Ansiedade* verifica-se que os grupos são estatisticamente diferentes ($F_{(2;434)} = 28,895$; $\rho = 0,000$). O mesmo acontece com a *Depressão* que regista um $F_{(2;434)} = 44,174$ para um nível de significância $\rho = 0,000$. Também se registam diferenças estatisticamente significativas no indicador *Stresse* ($F_{(2;434)} = 75,206$; $\rho = 0,000$). Os resultados também são visíveis nos seguintes gráficos (Figura 12, Figura 13, Figura 14).

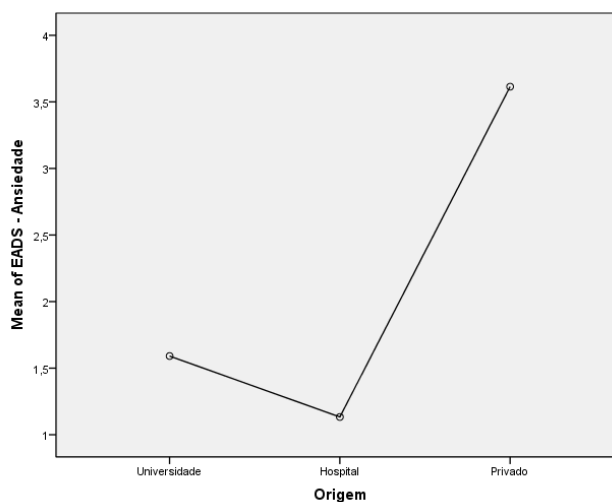


Figura 12. Gráfico de distribuição das médias do fator ansiedade pela origem ($\rho = 0,000$)

RESULTADOS

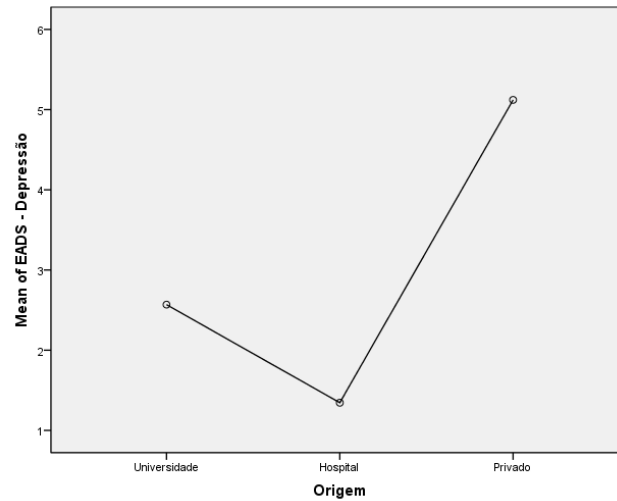


Figura 13. Gráfico de distribuição das médias do fator depressão pela origem ($p = 0,000$)

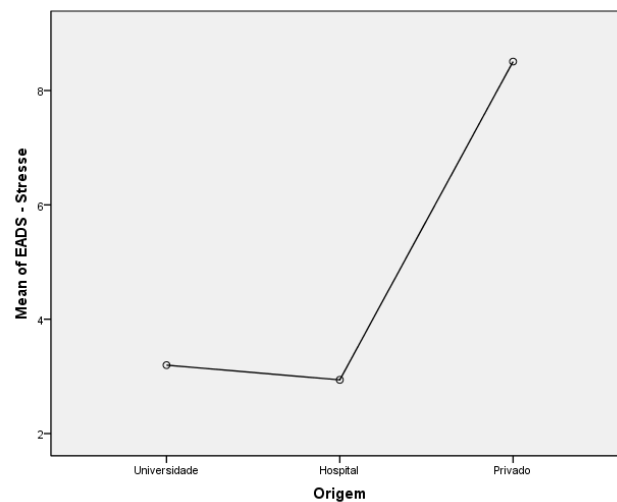


Figura 14. Gráfico de distribuição das médias do fator stresse pela origem ($p = 0,000$)

O teste posterior permitiu perceber que quanto aos indicadores *Ansiedade* e *Stresse* a amostra proveniente da universidade e do hospital formam um grupo homogêneo quando comparado com o privado. No indicador *Depressão* o teste mostrou que os 3 grupos têm valores distintos, com significado estatístico.

Tendo em conta estes resultados, e suspeitando do efeito de supressão causado pela variável origem (privado vs. público), decidiu-se ignorar os sujeitos provenientes do setor público para tentar reunir condições satisfatórias para a

testagem do modelo, com recurso à regressão múltipla. Só assim se perceberá o impacto da Saúde Organizacional na saúde dos colaboradores.

Assim e com recurso à correlação de *Pearson* a relação entre as variáveis, verificou-se que somente a dimensão ansiedade é que não tem relação linear com as restantes. A Ansiedade e Integração $r = -0,077$; $\rho = 0,188$ e Ansiedade e Flexibilidade $r = -0,088$; $\rho = 0,132$.

Tabela 20. Correlação de *Pearson* entre as variáveis de saúde organizacional e mal-estar, para os sujeitos do setor público.

VARIÁVEIS	1	2	3	4
1. Integração de pessoas e equipas				
2. Flexibilidade e Adaptabilidade a exigências externas	0,719**			
3. Ansiedade	-0,077	-0,088		
4. Depressão	-0,171**	-0,222**	0,674**	
5. Stresse	-0,155**	-0,184**	0,662**	0,669**

N= 297; ** $\rho \leq 0,001$

Como é visível na **Tabela 20**, verifica-se que apenas o fator ansiedade não se correlaciona estatisticamente com as variáveis da EPSAO. Assim, os resultados parecem mostrar uma relação estatisticamente significativa entre as dimensões depressão e stresse e a saúde organizacional.

4.3 Comparação de Grupos (*T-test*)

Visto que há diferenças estatisticamente significativas numa das dimensões da entre a perceção de saúde organizacional, quando comparados os três grupos, no sentido de responder a umas das questões de partida, foi efetuada uma comparação

de médias, da saúde organizacional entre os grupos do setor público, universidade e hospital.

Através do teste *t* vimos que a percepção da saúde organizacional não difere dos sujeitos provenientes da universidade e do hospital. O resultado mostra para a dimensão *integração* um $t_{(295)} = 0,864$; $\rho = 0,388$ e para a dimensão *flexibilidade* um $t_{(295)} = -0,371$; $\rho = 0,711$.

Sendo assim, formam um grupo homogêneo, no que respeita à saúde organizacional, que se pode denominar de setor público.

4.4 Regressão Múltipla

Após as análises preliminares descritas, os dados foram submetidos às análises estatísticas para o alcance do objetivo proposto pelo estudo. Analisou-se a amostra através de estatísticas descritivas (frequência, percentual, média e desvio-padrão). Já as relações entre as variáveis foram verificadas por meio da correlação de *Pearson* (*r de Pearson* - **Tabela 20**). Para o teste do modelo empírico proposto, foi utilizada a análise de regressão múltipla *stepwise*.

4.4.1 CONTRIBUTO DA SAÚDE ORGANIZACIONAL PARA A ANSIEDADE

Como vimos na aplicação da correlação de *Pearson*, anteriormente, a ansiedade não tem relação estatisticamente significativa com as duas dimensões da

saúde organizacional, nomeadamente, Ansiedade e Integração $r = - 0,077$; $\rho = 0,188$ e Ansiedade e Flexibilidade $r = - 0,088$; $\rho = 0,132$.

Neste caso, um dos pressuposto da regressão é violado, resultando numa regressão sem significado, como se veio a comprovar. Através do método *Enter*, que força as variáveis a entrarem na equação de regressão, resultou num modelo de $F_{(2;294)} = 1,194$; $\rho = 0,305$.

Posto isto, não foram encontradas evidências estatisticamente válidas que comprovem uma relação entre a saúde organizacional e a ansiedade.

4.4.2 CONTRIBUTO DA SAÚDE ORGANIZACIONAL PARA A DEPRESSÃO

Segundo Pestana e Gagueiro (2008) a regressão tem de respeitar quatro pressupostos, a saber, (1) a linearidade, (2) a variância constante (homocedasticidade), (3) a covariância nula e (4) a normalidade

A relação linear entre as variáveis é verificada pelo cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*. Como a relação de depressão e integração a geraram um coeficiente de $r = - 0,171$; $\rho = 0,000$ e depressão e flexibilidade um coeficiente $r = - 0,222$; $\rho = 0,000$, este pressuposto é verificado.

O pressuposto da homocedasticidade dos erros é verificado através do diagrama de dispersão entre resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados (Figura 15). Como os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em torno da reta resíduos = 0, ou seja, não evidenciam qualquer padrão, considera-se o pressuposto verificado.

RESULTADOS

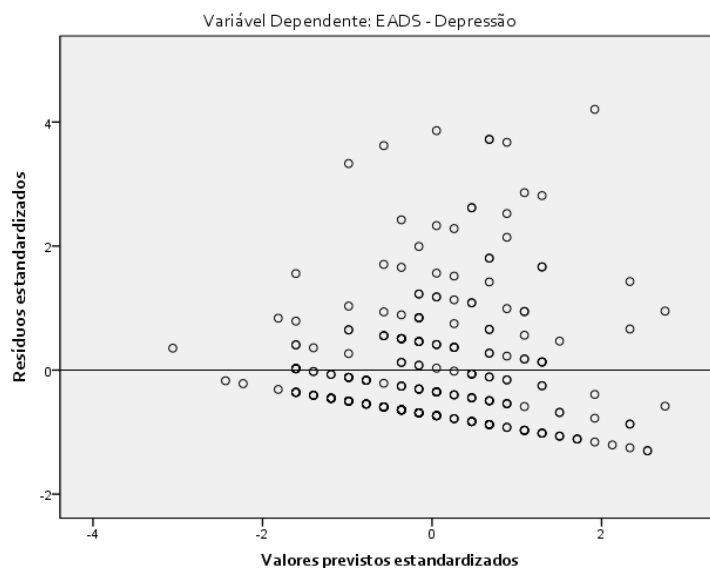


Figura 15. Diagrama de dispersão entre resíduos estandarizados e os valores previstos estandarizados da variável dependente Depressão.

A covariância, ou seja, o pressuposto dos erros serem independentes é verificado através do teste de *Durbin-Watson (DW)*, que deve estar próximo de dois. Neste caso o resultado foi $DW = 1,922$ o que cumpre o pressuposto.

A normalidade foi verificada com o Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors que ditou que os erros não seguem uma distribuição normal ($K-S_{(296)} = 2,755$; $\rho = 0,000$). Para o caso, com um $N=297$ pode invocar-se o Teorema do Limite Central para assegurar que a violação deste pressuposto não põe em causa o estudo. Isso pode, inclusive, ser visto no histograma de resíduos estandarizados com a sobreposição da curva normal (Figura 16) e o gráfico *Normal P-P* que permitem verificar que os resíduos não se afastam da distribuição normal.

RESULTADOS

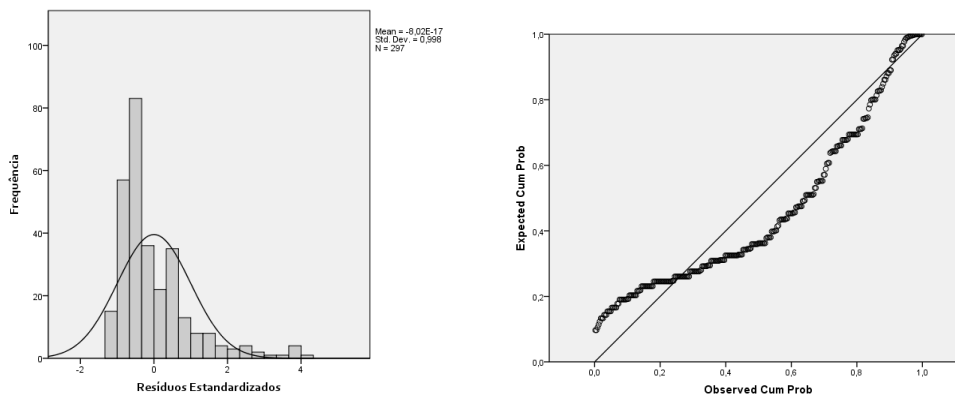


Figura 16. Histograma de resíduos estandardizados com a sobreposição da curva normal e o gráfico *Normal P-P* para avaliação da normalidade da distribuição.

Com os pressupostos satisfeitos o modelo torna-se válido sem restrições. O modelo foi testado usando a regressão múltipla *stepwise*, tendo como variáveis preditoras da *depressão* as dimensões da saúde organizacional *integração* e *flexibilidade*.

O teste F (ANOVA) à significância do modelo $F_{(1, 295)} = 15,222$ para um $\rho = 0,000$ mostram que o fator *flexibilidade* influencia a *depressão*, sendo assim o modelo passível de ser aplicado na inferência estatística. A dimensão *integração* foi excluída do modelo por não ser significativa para a reta da regressão ($\beta = -0,025$; $t = -0,306$; $\rho = 0,760$), ao contrário da *flexibilidade* ($\beta = -0,222$; $t = -3,902$; $\rho = 0,000$). O resumo do modelo encontra-se na Tabela 21.

Tabela 21. Resumo da regressão *stepwise* para a variável critério *Depressão*.

VARIÁVEL CRITÉRIO	PREDITOR	R ²	SE	β	t	ρ
Depressão	Flexibilidade e Adaptabilidade a exigências externas	0,049	2,610	-0,222	-3,902	0,000
	Integração de pessoas e equipas			-0,025	-0,306	0,760

O coeficiente de correlação β revela uma relação negativa de intensidade fraca entre os valores observados e os valores estimados ($\beta = -0,222$), neste caso, os parâmetros *flexibilidade* e *depressão*. O coeficiente de determinação (R^2) revela que 4,9% da variação da *depressão* é explicada pela variação da *flexibilidade*. Isto significa que quanto menos *flexibilidade* maior a *depressão*. O erro de predição é de 2,610. O modelo está representado na Figura 17.

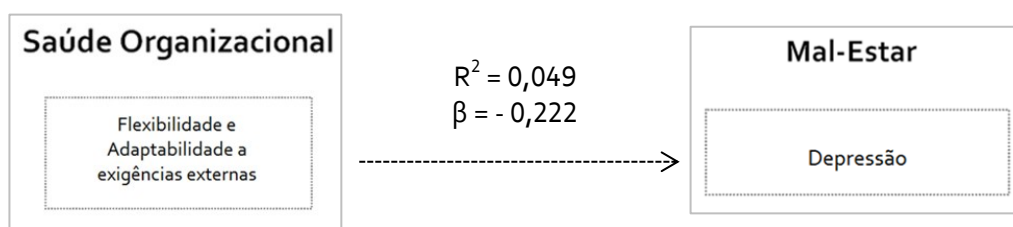


Figura 17. Representação esquemática da influência da flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas na depressão (relação negativa).

Sabemos que o modelo de regressão é fortemente influenciado por *outliers*. Nesta relação foram encontrados sete casos que ultrapassavam em mais de 3 desvios-padrão os restantes resíduos estandardizados. Os casos listados constam da Tabela 22.

Tabela 22. Lista de casos *outliers* na relação entre depressão e flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas.

CASO	RESIDUAL PADRONIZADO	EADS - DEPRESSÃO	VALOR PREVISTO	RESIDUAL
10	3,331	10	1,31	8,694
30	3,721	12	2,29	9,712
42	3,674	12	2,41	9,589
53	3,721	12	2,29	9,712
127	3,620	11	1,55	9,448
137	4,205	14	3,02	10,975
161	3,862	12	1,92	10,080

4.4.3 CONTRIBUTO DA SAÚDE ORGANIZACIONAL PARA O STRESSE

Como vimos, a regressão tem de respeitar quatro pressupostos, a saber, (1) a linearidade, (2) a variância constante (homocedasticidade), (3) a covariância nula e (4) a normalidade

A relação linear entre as variáveis é verificada pelo cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson*. Como a relação de *stresse* e *integração* a geraram um coeficiente de $r = -0,155$; $\rho = 0,004$ e *depressão* e *flexibilidade* um coeficiente $r = -0,184$; $\rho = 0,001$, este pressuposto é verificado.

O pressuposto da homocedasticidade dos erros é verificado através do diagrama de dispersão entre resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados (Figura 18). Como os pontos apresentam um padrão de variabilidade constante em torno da reta resíduos = 0, ou seja, não evidenciam qualquer padrão, considera-se o pressuposto verificado.

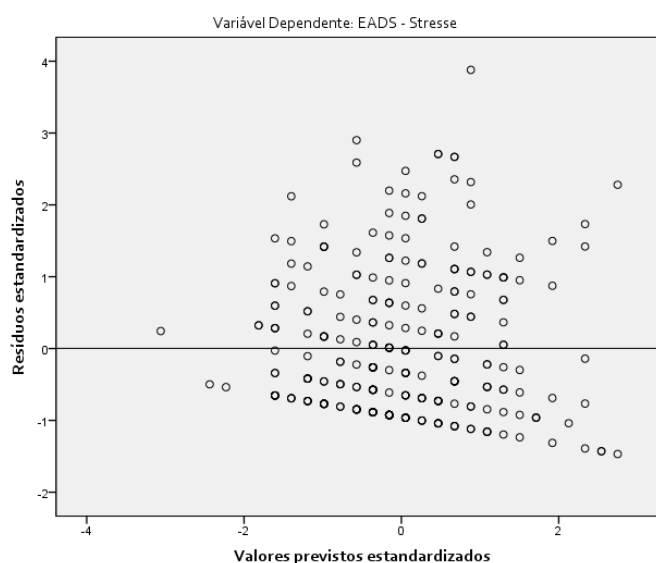


Figura 18. Diagrama de dispersão entre resíduos estandardizados e os valores previstos estandardizados da variável dependente Depressão.

A covariância, ou seja, o pressuposto dos erros serem independentes é verificado através do teste de *Durbin-Watson (DW)*, que deve estar próximo de dois. Neste caso o resultado foi $DW = 2,036$ o que cumpre o pressuposto.

A normalidade foi verificada com o Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors que ditou que os erros não seguem uma distribuição normal ($K-S_{(296)} = 2,423$; $\rho = 0,000$). Para o caso, com um $N=297$ pode invocar-se o Teorema do Limite Central para assegurar que a violação deste pressuposto não põe em causa o estudo. Isso pode, inclusive, ser visto no histograma de resíduos estandardizados com a sobreposição da curva normal (Figura 19) e o gráfico *Normal P-P* que permitem verificar que os resíduos não se afastam da distribuição normal.

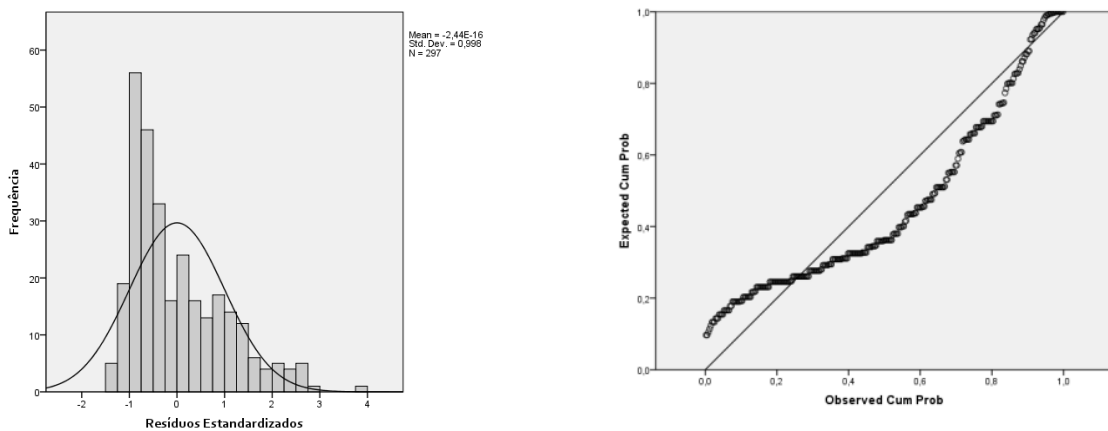


Figura 19. Histograma de resíduos estandardizados com a sobreposição da curva normal e o gráfico *Normal P-P* para avaliação da normalidade da distribuição.

Com os pressupostos satisfeitos o modelo torna-se válido sem restrições. O modelo foi testado usando a regressão múltipla *stepwise*, tendo como variáveis predictoras da *depressão* as dimensões da saúde organizacional *integração* e *flexibilidade*.

RESULTADOS

O teste F (ANOVA) dá significância do modelo $F_{(1, 295)} = 10,374$ para um $\rho = 0,001$ mostram que o fator *flexibilidade* influencia o *stresse*, sendo assim o modelo passível de ser aplicado na inferência estatística. A dimensão *integração* foi excluída, também, neste modelo por não ser significativa para a reta da regressão ($t = -0,573$; $\rho = 0,567$), ao contrário da *flexibilidade* ($t = -3,220$; $\rho = 0,001$). O modelo está resumido na Tabela 23.

Tabela 23. Resumo da regressão *stepwise* para a variável critério *Stresse*.

VARIÁVEL CRITÉRIO	PREDITOR	R ²	SE	β	t	ρ
Stresse	Flexibilidade e Adaptabilidade a exigências externas	0,034	3,201	-0,184	-3,220	0,000
	Integração de pessoas e equipas			-0,047	-0,573	0,567

O coeficiente de correlação β revela uma relação negativa de intensidade fraca entre os valores observados e os valores estimados ($\beta = -0,184$), neste caso, os parâmetros *flexibilidade* e *stresse*. O coeficiente de determinação (R^2) revela que 3,4% da variação do *stresse* é explicado pela variação da *flexibilidade*. Isto significa que quanto menos *flexibilidade* maior o *stresse* registado. O erro de predição é de 3,201. O modelo está representado na Figura 20.

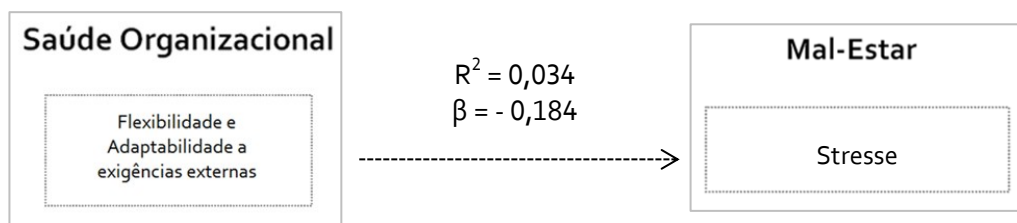


Figura 20. Representação esquemática da influência da flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas no *stresse* (relação negativa).

Sabemos que o modelo de regressão é fortemente influenciado por *outliers*. Contudo, este modelo não foi afetado, pois só foi encontrado um registo que ultrapassava em mais de 3 desvios-padrão os restantes resíduos estandardizados. O caso referido encontra-se listado na Tabela 24.

Tabela 24. Lista de casos *outliers* na relação entre stresse e flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas.

CASO	RESIDUAL PADRONIZADO	EADS - DEPRESSÃO	VALOR PREVISTO	RESIDUAL
42	3,879	16	3,58	12,418

4.5 Path Analysis

Tendo em conta o conteúdo latente encontrado na regressão múltipla, cerca de 95%, recorreu-se ao *software* AMOS, uma extensão do SPSS. Desta forma, será também possível verificar o ajustamento do modelo.

Assim, o modelo representado em AMOS com as respetivas estimativas encontra-se na Figura 21. Os dados confirmam o que havia sido encontrado na regressão, nomeadamente, os coeficientes de correlação $\beta = -0,859$ e $\beta = -0,870$ nas relações ente *flexibilidade/depressão* e *flexibilidade/stresse*, respetivamente. Na *path analysis* são representados pelas setas. No canto superior esquerdo de cada variável endógena (VD), encontramos a percentagem de explicação da sua variância pela variável exógena (VI). O modelo acrescenta um dado novo, ao evidenciar que a flexibilidade explica 2,89% da variação do conjunto.

O modelo obriga à indicação de variáveis endógenas de erro, representadas pelos círculos. Estes artefactos pretendem representar as variáveis latentes, não observadas.

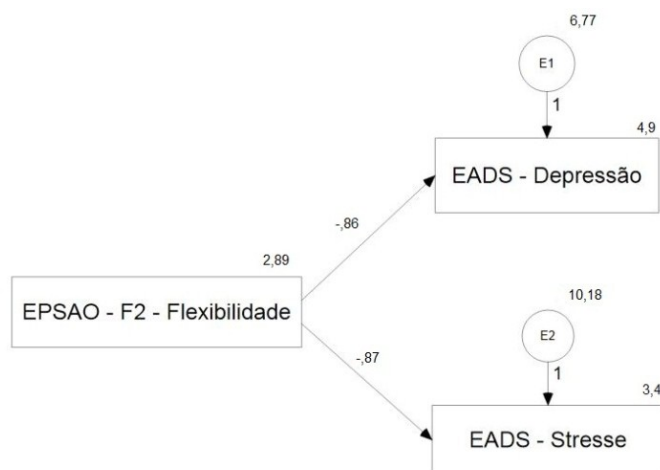


Figura 21. Representação esquemática da análise de caminhos (*path analysis*) da relação entre saúde organizacional e mal-estar.

A principal vantagem do recurso ao AMOS deve-se às medidas de ajustamento do modelo que dele se pode extrair. Estes índices de ajustamento revelam a qualidade do modelo hipotético com os dados amostrais.

A primeira medida (AFC) baseia-se no χ^2 e dá uma ideia ampla sobre o ajuste do modelo. Neste caso, os resultados mostram que o modelo ajusta-se à população ($\chi^2 = 166,270$; gl = 1; $p = 0,082$).

O segundo parâmetro diz respeito ao CMIN/DF que complementa a informação sobre o χ^2 . Como corresponde ao resultado do χ^2 /graus de liberdade o resultado é o mesmo, ou seja, 166,270. A literatura aponta para valores inferiores a 5 para se considerar um ajuste perfeito. Sendo assim, considera-se que o ajuste não é perfeito.

Para tentar contornar as limitações do teste χ^2 devem ser interpretados os índices de aderência *goodness-of-fit* para avaliar o modelo. O NFI (Normed Fit Index) compara o modelo hipotético com o modelo de independência. Varia entre 0 e 1, considerando-se um bom ajuste valores superiores a 0,90. O NFI deste modelo é 0,131 o que revela um mau ajustamento. Interpretação semelhante tem o CFI (Comparative Fit Index), que se trata de uma correção do NFI para o tamanho da amostra. Semelhante é também o resultado, que indica um mau ajustamento, CFI = 0,123.

O *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) é um dos critérios mais informativos sobre as estruturas de co-variâncias do modelo. O RMSEA tem em conta o erro de aproximação na população, expressando a medida de discrepância em graus de liberdade. A interpretação é de valores inferiores a 0,05 são considerados bons ajustes, entre 0,05 e 0,08 representa erros razoáveis na aproximação com a população, entre 0,08 e 0,10 indicam um ajuste medíocre e valores superiores a 0,10 um ajuste pobre. O RMSEA deste modelo é de 0,747 o que indica um ajustamento pobre do modelo hipotético e os dados observados.

Por fim o índice de Hoelter ou *Critical N* revela a adequação do tamanho da amostra ao modelo postulado com 95% e 99% de confiança. Os resultados mostraram que o caso 7 e 12 foram os dados amostrais mais adequados para 95% e 99%, respetivamente.

Em suma, o modelo apesar do seu significado estatístico ($\chi^2 = 166,270$; gl = 1; $p = 0,082$) revelou um ajustamento pobre em relação à população.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De modo a sumariar os resultados mais pertinentes, a discussão será feita de uma forma pragmática e categórica, respondendo às questões de partida que estiveram na génese deste estudo. Os resultados obtidos são confrontados com a literatura. Sublinhe-se que, como vimos no enquadramento, o conceito de saúde organizacional é prodigioso em discussões teóricas, contudo, parco em evidências empíricas. Os principais achados foram no sentido de encontrar os seus antecedentes, no sentido de o legitimar no seio das organizações, sendo ainda poucos os estudos que, como este, tentam evidenciar os seus consequentes.

- *Existem diferenças significativas na perceção da saúde organizacional, nas diferentes variáveis sociodemográficas e socioprofissionais?*

Esta questão de investigação pretendia, de forma ampla e sumária, evidenciar hipotéticas relações entre variáveis sociodemográficas e a saúde organizacional. Apesar da literatura não apresentar nenhum resultado neste sentido, este estudo poderia representar um contributo. Para a operacionalização desta questão foi utilizada a correlação.

Tendo em conta os resultados obtidos através da correlação de *Pearson*, entre as variáveis sociodemográficas escalares e as nominais dicotómicas (através da correlação bisseral por pontos), apenas existe uma relação fraca, negativa, entre a antiguidade e o fator integração da escala de perceção da saúde organizacional ($r = -0,097$, $p = 0,042$). Isto significa que os colaboradores mais novos na organização, com menos anos de antiguidade, possuem uma perceção de integração das pessoas e

equipa e menores. Isto está alinhado com os mesmos achados no que toca à idade. Apesar do resultado não ser significativo ($\rho = 0,350$) a relação é no mesmo sentido, fraca e negativa ($r = - 0,045$). Isto pode indicar, efetivamente, que trabalhadores mais novos possuem uma perceção de integração maior. Argyris (1994), consideram este fator determinante para a definição de saúde organizacional e definem-no como o estado de integração entre as subparte e a organização total. De facto, é sabido que idade e, conseqüente, antiguidade é um fator considerável de resistência à mudança e a inovação. Sendo assim é plausível assumir que trabalhadores mais velhos não tenham uma preocupação em estar integrado e alinhado com a organização e com a equipa. Robbins (2002) defende que a idade contribuiu para uma inércia estrutural, limitando o foco da equipa, ameaçando as relações de poder estabelecidas. Vimos, também, que Fordyce e Weil (1971) consideram preponderante para a saúde organizacional, nomeadamente o fator de integração, que as relações de poder estejam claras e não gerem conflitos e que exista, também, disponibilidade para aprender com a própria experiência da organização. A antiguidade, assim, pode relevar-se um entrave.

Esta linha de pensamento de Fordyce e Weil (1971) podem ser indicadores que o exercício de cargos de chefia podia estar, de alguma forma, relacionado com a saúde organizacional. Visto que é importante uma definição clara de poder, o seu exercício podia apresentar-se com barómetro de saúde organizacional. Contudo, isto não se verificou visto que as relações de chefia não têm significado estatístico com o fator integração ($r = - 0,030$, $\rho = 0,538$) nem com o fator flexibilidade ($r = - 0,021$, $\rho = 0,656$). A mesma insignificância estatística foi encontrada às variáveis habilitações e sexo.

- *Há diferenças entre a percepção de saúde organizacional, nas diferentes organizações estudadas?*

Esta questão de partida revelou-se interessante no sentido de poder evidenciar variáveis macrossisteméticas da organização que gerassem diferentes percepções de saúde organizacional. Estes resultados revelar-se-iam interessantes para identificar os antecedentes da saúde organizacional.

A análise descritiva das variáveis mostrou que, quanto ao fator integração de pessoas e equipas, os trabalhadores, no caso da universidade e do hospital, não percebem a característica enunciada, $\bar{x} = 2,928$ e $\bar{x} = 2,862$, respetivamente. Com pouca diferença, mas efetivamente superior, é a percepção deste fator no privado ($\bar{x} = 3,114$). No que toca ao fator flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas, os colaboradores não percebem a característica enunciada, indiferentemente da origem ($\bar{x} = 2,877$, $\bar{x} = 2,906$ e $\bar{x} = 2,946$, para a universidade, hospital e setor privado, respetivamente). Como sabemos, a média poderia variar entre 1 e 5, mostrando o grau em que os colaboradores compreendiam a característica enunciada, leia-se, o grau de saúde organizacional. Isto mostra que a percepção de saúde organizacional nas empresas estudadas é mediana.

A correlação de *Pearson* mostrou que o fator flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas não tem qualquer relação com a origem ($r = 0,037$, $\rho \geq 0,05$). De facto, as estatísticas descritivas mostravam pouca variabilidade dos dados no, nomeadamente $\bar{x} = 2,877$, $\bar{x} = 2,906$ e $\bar{x} = 2,946$, respetivamente para o hospital,

universidade e setor privado. Isto pode mostrar que, dada a conjuntura atual as organizações tendem a aproximar-se nas suas capacidades de flexibilidade de adaptação ao meio. Verifica-se, de facto, que neste domínio, as organizações públicas tendem a seguir modelos de gestão similares à do privado. Os hospitais, por exemplo, são o paradigma disto mesmo, por passarem a ter órgãos de gestão puramente técnicos, constituindo-se como empresas públicas (vulgo, EPs). Contudo, o nível de significância mostra que os resultados podem dever-se ao acaso.

A ANOVA, com a correção de *Brown-Forsythe* (utilizado quando não há homogeneidade de variâncias), confirmou que não há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, relativamente ao fator flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas ($F_{(2; 433,854)} = 0,373, \rho = 0,689$).

Com recurso ao teste *post-hoc* de *Sheffe* (utilizado quando os grupos não estão distribuídos equitativamente) verificou-se que a diferença registada entre os grupos ($F_{(2; 433,590)} = 6,349, \rho = 0,02$), relativamente ao fator *integração* da saúde organizacional, se devia à diferença de médias entre o hospital ($\bar{x} = 2,928$) e o setor privado ($\bar{x} = 3,114$).

Em primeiro lugar é preciso sublinhar que que magnitude do efeito dessa diferença é de $d = 0,387$, o que significa que se trata de um efeito pequeno, segundo Cohen (1992).

Estas diferenças podem dever-se às diferentes práticas organizacionais que, presumivelmente, existirão em cada uma destas organizações. Desta forma, e como defende Bennis (1966), diferentes tipos de organização terão diferentes perceções de saúde organizacional.

Por outro lado, vimos que antiguidade se relacionava negativamente com o fator integração da saúde organizacional I ($r = - 0,097$, $\rho = 0,042$). O hospital, como organismo público, habitualmente tem colaboradores por mais tempo, devido aos contratos em funções públicas por tempo indeterminado. Isto é comprovado pelos resultados que mostraram uma média de 14,79 anos de antiguidade em comparação com os 8,37 do setor privado. Apesar da universidade ter uma média superior ($\bar{x} = 15,42$), o hospital regista o maior desvio-padrão ($\sigma = 11,17$) quando comparado seja com a universidade ($\sigma = 7,70$) ou o setor privado ($\sigma = 6,87$)

Sendo assim, os mesmos achados empíricos que sustentaram a justificação à questão anterior podem intervir nesta relação. Assim, a inércia estrutural decorrente da antiguidade (Robbins, 2002) podem afetar diretamente a saúde organizacional no seu fator de maior importância, segundo Argyris (1994), a integração de pessoas e equipas.

Estas inferências têm sustentação empírica. Quando comparados os grupos com valores e práticas organizacionais homólogas, assim como uma antiguidade similar ($\bar{x} = 15,42$ e $\bar{x} = 14,79$), utilizando o teste t , não se registam diferenças estatisticamente significativas. No fator integração de pessoas e equipas $t_{(295)} = 0,864$ para um nível de significância $\rho = 0,371$. Em relação ao fator flexibilidade e adaptabilidade às exigências externas equipas $t_{(295)} = 0,371$ para um nível de significância $\rho = 0,711$.

- *Existe relação entre saúde organizacional e mal-estar?*

Esta questão de partida, apesar da simples operacionalização e resposta, acaba por ser o foco principal do estudo. Todavia, visto que se operacionaliza através do coeficiente de correlação de Pearson será meramente indicadora do melhor percurso da investigação. Isto é, sé uma resposta premonitória, pois mais importante que a mera constatação da existência da relação, deve buscar-se o efetivo impacto de uma variável na outra, o que será respondido na questão seguinte. Tendo isto em consideração, esta questão será respondida com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*.

Comparadas as variáveis que constituem cada uma das variáveis em estudo, isto é, o fator integração de pessoas e equipas e o fator flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas, da saúde organizacional, com as dimensões ansiedade, depressão e stresse, da saúde dos colaboradores, verificou-se que não havia relação estatisticamente significativa. Contudo, tendo em conta que foram encontradas evidências estatisticamente significativas quando estas variáveis eram correlacionadas com a origem, houve a suspeição que algum dos grupos tivessem a suprimir esta relação.

A resposta à questão anterior já mostrou que, efetivamente, o grupo de profissionais da universidade e do hospital constituíam um grupo mais homogéneo. Aliás, o grupo privado distendia a variabilidade, o que afetava a possibilidade de encontrar resultados estatisticamente significativos. Como tal, o coeficiente de

correlação de *Pearson* foi novamente calculado, selecionando, apenas, os trabalhadores deste grupo ($n = 297$). Presume-se que este grupo, sendo ambos da administração pública, partilhe a mesma cultura organizacional e, conseqüentemente, a mesma saúde organizacional, como defendem Peterson e Wilson (2002) e como já vimos, com o uso do teste t ($t_{(295)} = 0,864$; $p = 0,388$ e $t_{(295)} = - 0,371$; $p = 0,711$).

Os resultados mostraram uma correlação fraca e negativa entre o fator integração de pessoas e equipas a depressão ($r = - 0,171$; $p \leq 0,001$) e com o stresse ($r = - 0,171$; $p \leq 0,001$). O mesmo tipo de relação foi encontrada entre o fator flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas e a depressão ($r = - 0,222$; $p \leq 0,001$) e o stresse ($r = - 0,184$; $p \leq 0,001$). Deste modo, a saúde organizacional está relacionada com o mal-estar, excetuando-se na dimensão ansiedade quer na sua relação com o fator Integração ($r = - 0,077$; $p = 0,188$) e quer com o fator Flexibilidade ($r = - 0,088$; $p = 0,132$).

Estes achados mostram que uma maior percepção de saúde organizacional está relacionada com a um índice menor de mal-estar. Este facto está alinhado com a hipótese fundamental deste estudo, corroborando os postulados de Peterson e Wilson (2002). A razão desta relação ter sido encontrada no grupo da administração pública e não no setor privado pode dever-se a falta de estruturação orgânica ou definição de cargos, neste último. Como defendem Shoaf e os seus colaboradores (2004) a saúde organizacional depende de uma definição clara de cargos, alinhados com a estrutura. Ora, é sabido que a administração pública é pródiga neste aspeto. As categorias profissionais e os postos de trabalho são definidos legalmente e o seu

cumprimento aferido pelo sistema de avaliação do desempenho (SIADAP – Lei 66-B/2007 de 28 de dezembro).

Um outro aspeto relevante, que ambas as organizações partilham, é a modalidade de vinculação. Os contratos por tempo indeterminado são a prática na administração pública, conferindo mais estabilidade ao trabalhador. Os resultados mostraram que a antiguidade na universidade e no hospital eram, em média, o dobro quando comparados com o privado. Este sentimento de estabilidade é, segundo Wilson e seus colaboradores (2004) um dos maiores contributos para a redução do stresse.

Para inferirmos sobre causalidade desta relação são necessários outros procedimentos estatísticos e esta será a resposta da questão seguinte.

□ *A saúde organizacional tem efeito no mal-estar dos colaboradores?*

Como acabamos de ver, a saúde organizacional tem uma relação inversa com a saúde dos trabalhadores, como esperado. Contudo, esta relação não se verificou quanto à ansiedade. Para aferirmos o real contributo que cada um dos fatores da saúde organizacional para o mal-estar é necessário recorrer à regressão múltipla.

Em relação ao contributo da saúde organizacional para a depressão verificou-se que apenas o fator flexibilidade contribui para a depressão. Este modelo, estatisticamente significativo ($F_{(1, 295)} = 15,222$; $p = 0,000$), mostrou que a flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas explica 4,9% da variância da depressão, com um valor de $\beta = -0,222$, ou seja, uma relação negativa. Isto significa que quanto maior

a flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas, nestas empresas, menor será o índice de depressão dos seus colaboradores.

Sublinhe-se que este modelo era afetado por sete *outliers* que ultrapassavam em mais de 3 desvios-padrão da média.

Em relação ao contributo da saúde organizacional para o stresse verificou-se que apenas o fator flexibilidade influencia o anterior. Este modelo, estatisticamente significativo ($F_{(1, 295)} = 10,374$; $\rho = 0,001$), mostrou que a flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas explica 3,4% da variância do stresse, com um valor de $\beta = -0,184$, ou seja, uma relação negativa. Isto significa que quanto maior a flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas, nestas empresas, menor a sintomatologia de stresse é percebida pelos seus colaboradores.

Sumariamente, a saúde organizacional, unicamente através do fator flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas, tem um impacto inverso, leia-se, diminui, a percepção de mal-estar dos colaboradores, nomeadamente, a sua sintomatologia de depressão e stresse. Este fator, que segundo Bennis (1962), está relacionado com a capacidade para resolver problemas, e liberdade de aprender através da experiência e, transfigurar-se, em simultâneo, releva-se importante para a prevenção de mal-estar. Assim, quanto mais adaptáveis e flexíveis se apresentarem as empresas, menos mal-estar gerarão nos empregados, visto que, estes perceberão essa flexibilidade como uma capacidade saudável que garantirá a subsistência da empresa.

Os resultados estão alinhados com os pressupostos de Fordyce e Weil (1971) que defendem que uma organização será tão mais saudável quanto maior a sua adaptação às mudanças, à modificação de atitudes, comportamentos, estruturas e métodos. Em acréscimo Assmar e Ferreira (2004) postulam que os papéis que o indivíduo desempenha na organização mantém uma relação direta com a saúde no trabalho.

Para averiguarmos o ajustamento do modelo foi utilizado o suplemento AMOS do SPSS. Os resultados mostraram um valor de ajustamento global estatisticamente significativo ($\chi^2 = 166,270$; gl = 1; $p = 0,082$). Todavia com recurso aos restantes índices de ajustamento do modelo (NFI = 0,131; CFI = 0,123; RMSEA = 0,747) verifica-se que o modelo tem um ajustamento pobre em relação à população. O resultado é perfeitamente compreendido, visto que, existirão uma série de variáveis a intervir nesta relação. De facto, o intuito era ambicioso e conseguimos explicar cerca de 5% do mal-estar através da saúde organizacional. Sugerem-se estudo que possam complementar este e encontrem explicação para os restantes 95% de variância.

6. CONCLUSÃO

As discussões teóricas em torno da delimitação da saúde organizacional foram ricas, extensas e profícuas em definições. Contudo, não teve correspondência empírica. Os estudos, na sua larga maioria, como vimos, vão no sentido de legitimar o conceito no seio das organizações. Deste modo, proliferaram os estudos que evidenciavam os seus antecedentes e mostravam a importância e pertinência do estudo do conceito. Este estudo, assumindo esse facto, preocupou-se em encontrar possíveis consequentes. Tendo em consideração as pistas fornecidas pelas discussões teóricas e, sobretudo, a relevância e premência para as organizações, considerou-se que o mal-estar seria o mais apropriado para o estudo.

Convém realçar os principais achados deste estudo, que podem representar orientações para as futuras investigações. Os resultados mostraram que as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais não têm relação com a percepção de saúde organizacional. Verificou-se que, em consonância com a literatura, diferentes organizações geram diferentes percepções de saúde organizacional nos seus trabalhadores. As duas instituições do setor público, presumivelmente com as mesmas práticas de recursos humanos, por serem impostas legalmente, possuem uma percepção de saúde organizacional similar. Esse grupo foi então utilizado para testar o modelo em análise, ou seja, verificar o impacto da saúde organizacional na sintomatologia de mal-estar dos colaboradores. Verificou-se que o fator flexibilidade e adaptabilidade a exigências externas, da saúde organizacional, explica 4,9% da variância da depressão e 3,4% da variância do stresse.

Este fator, segundo Bennis (1962) está relacionado com a capacidade para resolver problemas, o que depende da flexibilidade da organização, ou seja, a liberdade de aprender através da experiência e, transfigurar-se, em simultâneo. Desta forma, e em linha com o postulado por Fordyce e Weil (1971), recomenda-se que a organização tenha um forte sentido da sua própria identidade e missão e uma capacidade para se adaptar rapidamente às mudanças, de modo a manter-se saudável e, conseqüentemente, não criem mal-estar aos seus colaboradores. Os resultados mostram a pertinência do conceito e sugerem-se futuros estudos para explicar a restante percentagem de variância latente.

De realçar, também, as características psicométricas dos instrumentos. Foram comprovadas e com índices ainda mais satisfatórios que nas suas formulações iniciais.

Nenhum estudo é capaz de esgotar a riqueza e diversidade do assunto que trata, e este está longe de ter essa pretensão. Pelo contrário, pretendemos que este estudo seja capaz de impelir tantos outros. Deste modo, passamos a elencar as limitações e lacunas que devem ser colmatadas, de forma a orientar futuras investigações.

Em primeiro lugar, sabemos que a ausência de mal-estar, não significa necessariamente bem-estar. Como tal, uma das principais sugestões prende-se exatamente com isto. Futuros estudos que, como este, pretendam avaliar o impacto da saúde organizacional para a saúde dos colaboradores devem considerar, não somente, o mal-estar, como o bem-estar.

O aditamento de outras variáveis de resultado, de natureza objetiva, como por exemplo o absentismo ou a avaliação de desempenho, poderão representar uma

informação pertinente. Para além destas variáveis posteriores, a introdução de outras variáveis antecedentes, de natureza causal, processual e de gestão de recursos humanos poderá ser útil.

O número de participantes e de organizações esteve condicionado pela acessibilidade e proximidade dos investigadores envolvidos. Inclusive, no caso do hospital e da universidade, dada a aplicação online, estava dependente do acesso à internet dos respondentes.

Consequentemente, o facto de se tratar de uma amostra de conveniência constituiu uma outra limitação na generalização dos dados. Apesar do número total da amostra tentar compensar esta lacuna, a heterogeneidade existente quanto às categorias profissionais, embora se tenha revelado irrelevante para este estudo, pode provocar enviesamentos.

Consideramos que o facto de nos termos cingido à mensurações da percepção do colaborador possa representar uma limitação. Sugere-se que, de forma complementar, sejam medidas também variáveis de natureza objetiva, para permitir uma outra comparação pertinente: a percepção dos colaboradores e a medida real e concreta. Neste sentido, pode ainda ser considerada uma medida qualitativa que permita mostrar o que é que saúde organizacional representa para os colaboradores.

Uma investigação importante a realizar neste domínio seria um estudo longitudinal, avaliando a saúde organizacional e variáveis indicadoras da saúde dos colaboradores.

Seria ainda interessante, recorrendo a uma metodologia de investigação-acção, determinar a influência da formação dos colaboradores no desenvolvimento da

CONCLUSÃO

saúde organizacional. Assim, avaliando-se antes e depois da intervenção, uma formação específica acerca da dos domínios da saúde organizacional, comparar-se-iam os índices de mal-estar, comparando-os, também, com um grupo de sujeitos que não tivessem participado na formação.

A literatura sobre a saúde organizacional, como mencionado anteriormente, carece de pesquisas empíricas capazes de trazer contribuições para o conhecimento desta variável e de sua relação com outras variáveis. Neste sentido, o presente estudo significa um importante passo nesta direção, mas evidentemente não descarta a necessidade de que novos estudos, envolvendo diferentes variáveis, sejam realizados.

Espera-se que as conclusões desta investigação se traduzam num contributo para a melhoria de resposta aos desafios atuais das organizações portuguesas.

Por fim, como “o descontentamento é o primeiro passo do progresso do Homem” (p. 287, Lazarus, 2000), como tal, deseja-se que este contributo desperte o interesse no construto e resulte em novas investigações nesta variável que representa um dos principais conceitos que na atualidade é estudada na fronteira entre os contributos da Psicologia das Organizações e da Psicologia da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (estudos multicaseos)*. Lisboa: Educa e Formasau.
- Akbaba, S. (1999). Organizational Health of the secondary schools in Turkey and changes needed. *American Association of Behavioral and Social Sciences*, 2 (4), 1-30.
- Albuquerque, C. M. S. & Oliveira, C. P. F. (2002). Saúde e doença: Significações e perspectivas em mudança [Electronic Version]. *Millenium - Revista do ISPV*, 25, retirado de http://www.ipv.pt/millenium/Milenium25/25_27.htm, acedido em 05/2012.
- Albuquerque, C. M. S. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde dos estudantes do ensino superior*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Andrade, L. H., & Gorestein (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 6 (25).
- APA – Associação Americana de Psiquiatria (2002). *DSM Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quarta Edição, Texto Revisto*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Apóstolo, J., Mendes, A., & Rodrigues, M. (2007). Propriedades psicométricas da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) numa amostra não clínica. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 66-77
- Argyris, C. (1958). The Organization: What makes it healthy? *Harvard Business Review*, 36 (6), 107-116.
- Argyris, C. (1964). *Integration the individual and the organization*. New York: Wiley.

- Arslan, C., Dilmaç, B. & Hamarta, E. (2009). Coping with stress and trait anxiety in terms of locus of control: A study with turkish university students. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 37(6), 791-800.
- Ashkanasy, N. M., Broadfoot, L. E. & Falkus, S. (2000). Questionnaire measures of Organizational Culture. IN N. M. Ashkanasy, C. Wilderom y M. Peterson (Eds.), *Handbook of Organizational Culture and Climate* (131-147) California: Sage Publications.
- Assmar, E. M. L., & Ferreira, M. C. (2004). Cultura, justiça e saúde no trabalho. IN: A.
- Assmar, E. M. L., & Ferreira, M. C. (2004a). Cultura, justiça e saúde no trabalho. In A.
- Banner, D. K., & Gagné, T. E. (1995). *Designing effective organizations: Traditional and transformational views*. Thousand Oaks: Sage.
- Beck, A.T. (1970) *Depression: Causes and Treatment*, Filadélfia. University of Pennsylvania.
- Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York. International Universities.
- Beck, A.T. (1993) The cognitive therapy: past, present and future. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.
- Bennis, W.G. (1962). Toward a truly scientific management: the concept of organizational health. *General Systems Yearbook*, 7, 269-282.

- Bennis, W.G. (1966). *Changing organizations: essays on the development and evolution of human organization*. McGraw-Hill Book Company.
- Bronowski, J. (1959). *Science and Human Values*. New York : Harper & Row Publishers.
- Brunet, L., Brassard, A., & Corriveau, L. (1991). *Administration Scolaire et efficacité dans les organizations*. Montréal: Éditions Agence D'ARC.
- Burns, T., & Stalker (1961). *The Management of Innovation*. London: Tavistock.
- Cameron, K. S. (1986). Effectiveness as paradox: Consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness. *Management Science*, 32, 539-553.
- Cameron, K., & Quinn, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: based on the competing values framework*. New York: Addison-Wesley Publishing Beckhard.
- Carlotto, M. S. & Gobbi, M. D. (1999). Síndrome de burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? *Aletheia*, 10, 103-114.
- Chang, E. M. L., Chang, E. M. L., Bidewell, J. W., Huntington, A. D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., Lambert, V. A. & Lambert, C. E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1354.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336

- Claudino, J. & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre [Electronic Version]. *Millenium - Revista do ISPV*, 32. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Milenium32/15.pdf>, acessado em 05/2012.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin* 112(1), 155-159.
- Cox, T., & Howarth, S. (1990). Organizational health, culture and helping. *Work & Stress*, 4 (2), 107-110.
- Cruz, J., Gomes, A. & Melo, B. (2000). *Stresse e burnout nos psicólogos portugueses*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Dejoy, D. M., & Wilson, M. G. (2003). Organizational Health Promotion: Broadening the Horizon of Workplace Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 17(5), 337-341.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.
- Fernandes, M.N. (2008). *Saúde Organizacional, Ética e Confiança: teste de um modelo preditivo a partir da percepção dos empregados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). *Ways of coping questionnaire sampler set manual, test booklet, scoring key*: Consulting Psychologists Press. Folkman & Moskowitz, 2000

- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Fordyce, J. K., & Weil, R. (1971). *Managing with people: a managers handbook methods*. Reading: Addison Wesley.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*, 3ª Edição. Loures: Ed Lusociência.
- Francisco, C. M. (2009). Pedagogic training: A student health problem? In F. Simões, M. L. Branco & E. P. Oliveira (Eds.), *Abstracts and papers of icPed'09 – International Conference of Psychology and Education: Practices, Training and Research* Covilhã: Department of Psychology and Education, University of Beira Interior.
- Georgopoulos, B. S., & Tannenbaum, A. S. (1957). A study of organizational effectiveness. *American Sociological Review, 22*, 534-540.
- Gillespie, N., Walsh, M., Winefields, A., Dua, J. & Stough, C. (2001). Occupational stress in universities: Staff perceptions of the causes, consequences and moderators of stress. *Work & Stress, 15*(1), 53-72.
- Gomes, A. & Cruz, J. (2004). A experiência de stresse e "burnout" em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, investigação e prática, 9*, 193-212.
- Gomes, A. , Silva, M. , Mourisco, S., Silva, S., Mota, A. & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stresse, "burnout", saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação, 19*(1), 67-93.

- Gomide Jr. S., Moraes, E. R., Cruz, A.S., & Brito, A.C. (2006). Percepções de Comprometimento afetivo, Saúde e Justiça organizacionais: o teste de um modelo explicativo. *II Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho*. Anais do II CBPOT, Salvador, p.15.
- Gomide Jr., S. (1999). Antecedentes e Consequentes das Percepções de Justiça nas organizações. Tese para obtenção do grau de doutoramento. Universidade de Brasília, Brasília.
- Gomide Jr., S. G., & Fernandes, M. (2008). Saúde Organizacional. In M. M. Siqueira e col. (Org.), *Medidas do Comportamento Organizacional. Ferramentas de Diagnóstico e de Gestão* (pp. 275-282). Porto Alegre: Artmed.
- Gomide Jr., S., Moura, O. I., Cunha, W. B., & Sousa, W. M. V. (1999). Explorando o conceito de Saúde Organizacional: construção e validação de um instrumento de medida para o ambiente brasileiro [Resumos]. Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos da XXIX Reunião Anual. Campinas, 43.
- Gomide Jr., S., Naves, M. M., Pinto Jr., H., & Silva, J. (2000). Construtos macrossistêmicos: A cultura determina a eficácia organizacional? [Resumos]. Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos da XXX Reunião Anual, Brasília, p. 17
- Goodman, P. S., Pennings, J. M., & Associates (1977). *New perspectives on organizational effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Gunnar, M. & Quevedo, K. (2007). The Neurobiology of Stress and Development. *Annual Review of Psychology, 58*(1), 145-173.
- Gunnar, M. R., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology, 58*, 145-173.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293-319.
- Handy, C. (1994). *Deuses da Administração*. São Paulo: Saraiva/SENAC.
- Harrison, M. I. (1994). *Diagnosing organizations: methods, models and processes*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hartlage, S., Alloy, L., Vázquez, C., & Dyckman, B. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin, 113*, 147-278.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.
- Jaffe, D. T. (1995). The Healthy Company: Research Paradigms for Personal and Organizational Health. In S. L. Sauter, & L. R. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress* (pp. 13-39). Washington: American Psychological Association.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of Positive mental Health*. New York: Basic Books In Publishers.

- Jesus, S.N. (1996). *A Motivação para a Profissão Docente. Contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a fundamentação de estratégias de formação de professores*. Coimbra: Estante Editora.
- Jesus, S.N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Jesus, S.N. (2006). Bem-Estar em Psicologia da Saúde [Well-Being at Health Psychology]. In I. Leal (Eds.), *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (pp. 81-97). Coimbra: Quarteto Editora.
- Jesus, S.N., & Conboy, J. (2001). A stress management course to prevent teacher distress. *International Journal of Educational Management*, 15 (3)
- Katz, D. & Kahn, R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley.
- Keyes, C. L. M., Hysom, S. J., & Lupo, K. L. (2000). The positive organization: Leadership, Legitimacy, Employee well-being, and the bottom line. *The Psychologist Manager Journal*, 4(2), 143-153.
- Laureano, R. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Cary, NC, USA: Oxford University Press.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, R. S. & Averill, J. R. (1972). Emotion and cognition : With special reference to anxiety. In Spielberger, C. D. (Ed.). *Anxiety : current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lequerica, A. H., Forschheimer, M., Tate, D. G., Roller, S. & Toussaint, L. (2008). Ways of coping and perceived stress in women with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology, 13*(3), 348-354.
- Licata, J. W., & Harper, G. W. (2001). Organizational Health and Robust School Vision. *Educational Administration Quarterly, 37*(1), 5-26.
- Likert, R. (1958). Measuring Organizational Performance. *Harvard Business Review, 36*, 41-60.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparision of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343.
- Luquette, J. (2007). Stress, Compassion Fatigue, and Burnout: Effective Self-Care Techniques for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum, 34*(2), 490.
- Lusthaus, C., Adrien, M. H., Anderson, G., Carden, F., & Montalván, G. P. (2002). *Organizational Assessment: A Framework for Improving Performance*. IDRC/IDB (210p.).

- Magaya, L., Asner-Self, K. & Schreiber, J. (2005). Stresse and coping strategies among Zimbabwean adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 661-671.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (3ª edição). Lisboa: Sílabo.
- Maslach, C., & Jackson, S. F. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.
- Matos, A. P. S. & Sousa-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647-663.
- McCann, J. (2004). Organizational effectiveness: changing concepts for changing environments. *Human Resource Planning*, 27(1), 42-50.
- Mello, F. A. F. (1978). *Desenvolvimento das organizações: uma opção integradora*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Misra, R., Crist, M. & Burant, C. J. (2003). Relationships Among Life Stress, Social Support, Academic Stressors, and Reactions to Stressors of International Students in the United States. *International Journal of Stress Management*, 10(2), 137-157.

- Misra, R., McKean, M., West, S. & Russo, T. (2000). Academic stress of college students: Comparison of student and faculty perceptions. *College Student Journal*, 34(2), 236-245.
- Monteiro, S., Pereira, A. M. S., Gomes, A., Tavares, J. & Gomes, A. (2005). Promoção da Saúde e Bem-Estar no Ensino Superior (PSBEEES). In A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção. Actas do Congresso Nacional*. (Vol. 299-303). Coimbra: SASUC Edições.
- Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2008). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – um estudo prévio. *Revista de investigação em Enfermagem*. 17: 27-33.
- Nascimento, J.O., & Gomide Junior, S. (2008). *Percepções de Saúde e Efetividade Organizacionais: Construção, Validação e Discriminação das Medidas dos Constructos*. XII Seminário de Iniciação Científica. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Nerdrum, P., Rustoen, T. & Ronnestad, M. H. (2006). Student psychological distress: A psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 95 - 109.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio & F. Anderson, Trans.). Lisboa: Climepsi.
- Omigbodun, O. O., Onibokun, A. C., Yusuf, B. O., Odukogbe, A. A. & Omigbodun, A. O. (2004). Stressors and counseling needs of undergraduate nursing students in Ibadan, Nigeria. *Journal of Nursing Education*, 43(9), 412-415.

- Ostroff, C., & Schmitt, N. (1993). Configurations of organizational effectiveness and efficiency. *Academy of Management Journal*, 36, 1345-1361.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Parsons, T. (1956). Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 1, 63-85.
- Pereira, A (2005). *Construção de um protocolo de tratamento para a Perturbação de Ansiedade Generalizada*. Dissertação de Mestrado, não publicada. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro: Brasil.
- Pereira, A. M., Monteiro, S., Gomes, A. & Tavares, J. (2005). Educação para a Saúde e Bem-Estar: avaliação de um programa de intervenção no Ensino Superior [Electronic Version]. *d@es-docência e aprendizagem no ensino superior*, retirado de http://webct2.ua.pt/public/les/daes_artigos.htm, consultado em 05/2008.
- Pereira, G. B. & Gomide Jr., S. (2007). *Comportamentos Éticos, Confiança do Empregado, Justiça e Saúde organizacionais: teste de um modelo explicativo para o bem-estar do trabalhador*. Relatório do estudo desenvolvido durante a vigência da bolsa de PIBIC relativa ao período de julho/2006 a julho/2007.

Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.

Pestana, M. H., & Gagueiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Humanas e Sociais: A Complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Peterson, M., & Wilson, J. F. (2002). The culture-work-health model and work stress. *American Journal of Health Behavior*, 26 (1), 16-24.

Queirós, P. (2005a). *Burnout no trabalho conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional*. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, 3-15.

Queirós, P. (2005b). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portuguesas*. Coimbra: Formasau.

Quick, J. C. (1999). Occupational Health Psychology: Historical Roots and Future Directions. *Health Psychology*, 18 (1), 82-88.

Quick, J., Saleh, K., Sime, W. & Martin, W. (2006). Stress management skills for strong leadership: Is it worth dying for? *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 88-A(1), 217-225.

Quinn, R. E. & Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29, 363-377.

Robbins, S. (2002). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Prentice Hall.

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

- Rosseau, D. (1997). Organizational Behavior in the new era. *Annual Review of Psychology*, 48, 515-546.
- Sandín, A, & Chorot, P. (2003). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (comps.). *Manual de Psicopatología*, Volumen 2. Madrid: McGraw Hill;
- Sanford, N., (1958). Social Science and Social Reform. *Presidential address for SPSSI at the Annual Meeting of the American Psychological Association*, 8-18, Washington, Aug. 28.
- Schein, E. H. (1965). *Organizational Psychology. Foundations of Modern Psychology series*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Schneiderman, N., Ironson, G., Siegel, S.D. (2005). Stress and Health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 607-628
- Seashore, S. E. (1962). *The assessment of organizational performance*. Ann, Arbor, Mich.: Survey Research Center.
- Selznick, P. (1948). Foundations of the Theory of Organizations. *American Sociological Review*, 13, 25-35.
- Sena, J. (2000). *Avaliação empírica da Cultura, Satisfação no Trabalho e Compromisso Organizacional numa cadeia de Health Clubs*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Porto.

- Seyedfatemi, N., Tafreshi, M. & Hagani, H. (2007). Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. *BMC Nursing*, 6(11).
- Sheu, S., Lin, H. & Hwang, S. (2002). Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: The effect of coping behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, 39(165-175).
- Shipton, S. P. (2002). The process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. *Journal of Nursing Education*, 41(6), 243-256.
- Shoaf, C., Genaidy, A., Karwowski, W., & Huang, S. H. (2004). Improving Performance and Quality of Working Life: a model for organizational Health Assessment in Emerging Enterprises. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 14 (1), 81-95.
- Steers, A., & Spencer, D. G. (1977). *Organizational Effectiveness: A behavioral view*. Santa Monica (Calif.): Goodyear.
- Steers, A., & Spencer, D. G. (1977). *Organizational Effectiveness: A behavioral view*. Santa Monica (Calif.): Goodyear.
- Tamayo (Ed.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 155-178). Porto Alegre: Artmed.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1995) Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. In A. Belloch, B. Sandín e F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. II. Madrid: MacGraw-Hill
- Vaz-Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.

- Williams, S. (1994). Ways of creating healthy work organizations. In C. L. Cooper, & S. Williams. (Eds.). *Creating healthy work organizations* (pp. 7-24). Chichester: Wiley.
- Wilson, M.G., DeJoy D.M., Vandenberg, R.J., Richardson, H.A., & McGrath, A.L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565–588.
- Zammuto, R.E. (1984). A comparison of multiple constituency models of organizational effectiveness. *Academy of Management Review*, 9, 606-616.

ANEXO 1. INSTRUMENTO



UNIVERSIDADE DO ALGARVE



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E DAS ORGANIZAÇÕES

-
- O presente questionário destina-se ao estudo das características e dinâmicas da organização onde trabalha actualmente.
 - Não existem respostas certas ou erradas, o que nos interessa é a sua opinião. Deste modo, pedimos-lhe que seja sincero nas suas respostas.
 - Salientamos, que a sua colaboração deverá ser voluntária e que poderá interromper se assim o entender.
 - Os dados obtidos neste questionário são anónimos e confidenciais, pelo que não terá de se identificar.
 - No final do preenchimento estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento sobre a investigação.
 - Ficamos gratos pela sua colaboração.
-

Sexo:	Profissão: _____
Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>	Cargo/Categoria: _____
Idade: _____	Anos na instituição: _____
	Habilitações: _____



MI

Indique o grau em que concorda ou discorda de cada afirmação.

A escala a utilizar é a seguinte:

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO BASTANTE	DISCORDO UM POUCO	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO MODERADAMENTE	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

Coloque, em frente a cada frase, uma cruz (☒) correspondente ao número que melhor expressa o que sente.

1. O meu trabalho proporciona-me um sentimento de realização.	1	2	3	4	5	6	7
2. Sinto uma grande satisfação pessoal quando estou a trabalhar.	1	2	3	4	5	6	7
3. Trabalhar aumenta os meus sentimentos de auto-estima.	1	2	3	4	5	6	7
4. Trabalhar contribui para o meu desenvolvimento pessoal.	1	2	3	4	5	6	7

(adaptado de Jesus, 1996)



SP

Gostaríamos de saber em que medida se considera satisfeito com o seu trabalho. Isto é, tudo somado, e nas actuais circunstâncias da sua vida profissional, até que ponto está satisfeito com cada um dos aspectos do seu trabalho.

A resposta a cada uma das questões é feita através de uma escala de intervalos que tem a seguinte configuração:

EXTREMAMENTE INSATISFEITO							EXTREMAMENTE SATISFEITO
1	2	3	4	5	6	7	

Assinale com uma cruz (☒) o número que melhor corresponder à sua escolha.

1. Em relação às suas perspectivas de promoção , diria que está:	1	2	3	4	5	6	7
2. Em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha , diria que está:	1	2	3	4	5	6	7
3. Em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho , diria que está:	1	2	3	4	5	6	7
4. Em relação à remuneração que recebe , diria que está:	1	2	3	4	5	6	7
5. Em relação à competência e funcionamento do seu superior imediato , diria que está:	1	2	3	4	5	6	7
6. Em relação ao trabalho que realiza , diria que está:	1	2	3	4	5	6	7
7. Em relação à competência e funcionamento dos seus colegas , diria que está:	1	2	3	4	5	6	7
8. Tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida nesta Instituição, diria que está:	1	2	3	4	5	6	7

(adaptado de Lima, Vala & Monteiro, 1994)



EPSAO

Relativamente ao trabalho na sua instituição, indique o grau em que concorda ou discorda de cada afirmação.

A escala a utilizar é a seguinte:

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5

Coloque em frente a cada frase uma cruz (☒) correspondente ao número que melhor expressa o que sente.

1. As pessoas conhecem os objectivos que a instituição pretende alcançar.	1	2	3	4	5
2. As pessoas trabalham unidas para que a instituição alcance os seus objectivos.	1	2	3	4	5
3. É possível falar-se sobre os problemas percebidos, directamente com as pessoas envolvidas.	1	2	3	4	5
4. As pessoas têm acesso às informações necessárias para tomar decisões relativas ao trabalho.	1	2	3	4	5
5. As acções são planeadas em equipa.	1	2	3	4	5
6. Há cooperação entre as pessoas na realização dos trabalhos.	1	2	3	4	5
7. Procura-se a solução dos problemas, de modo a que todas as pessoas envolvidas possam opinar.	1	2	3	4	5
8. As necessidades individuais são consideradas, quando é preciso diagnosticar problemas organizacionais.	1	2	3	4	5
9. A competição entre as equipas é feita de maneira honesta.	1	2	3	4	5



10. As pessoas procuram, espontaneamente, ajudar os seus colegas, através de sugestões.	1	2	3	4	5
11. As pessoas procuram, espontaneamente, ajudar os seus colegas, através de acções concretas.	1	2	3	4	5
12. Quando há crises, as pessoas reúnem-se para trabalhar cooperativamente para solucioná-las.	1	2	3	4	5
13. As pessoas têm respeito pelas outras.	1	2	3	4	5
14. As pessoas encaram os seus trabalhos como algo importante.	1	2	3	4	5
15. As pessoas encaram os seus trabalhos como algo que proporciona prazer.	1	2	3	4	5
16. Os chefes variam os seus estilos de administração, em função das necessidades das diferentes situações de trabalho.	1	2	3	4	5
17. As pessoas confiam umas nas outras.	1	2	3	4	5
18. Há um sentimento geral de liberdade.	1	2	3	4	5
19. As pessoas sabem o que é importante para a instituição.	1	2	3	4	5
20. As pessoas aceitam críticas construtivas aos seus desempenhos no trabalho.	1	2	3	4	5
21. As pessoas procuram ajudar os seus colegas que tenham um mau desempenho no trabalho.	1	2	3	4	5
22. As políticas são flexíveis, podendo adaptar-se rapidamente às necessidades de mudança.	1	2	3	4	5
23. Os procedimentos são flexíveis, podendo adaptar-se rapidamente às necessidades de mudança.	1	2	3	4	5
24. As políticas são estabelecidas de modo a ajudar as pessoas a serem eficazes no trabalho.	1	2	3	4	5
25. Os procedimentos são estabelecidos de modo a ajudar as pessoas a serem eficazes no trabalho.	1	2	3	4	5
26. Procuram-se continuamente as inovações.	1	2	3	4	5
27. As pessoas preparam-se para o futuro, estando atentas aos novos métodos de trabalho.	1	2	3	4	5

(adaptado de Gomide Jr. & Fernandes, 2008)



EADS - 21

Indique, até que ponto as frases seguintes se aplicam a si durante a última semana, colocando uma cruz (☒) no número que melhor representa a sua situação. Responda de acordo com a seguinte escala:

NÃO SE APLICOU NADA A MIM	APLICOU-SE A MIM ALGUMAS VEZES	APLICOU-SE A MIM MUITAS VEZES	APLICOU-SE A MIM A MAIOR PARTE DO TEMPO
0	1	2	3

1. Tive dificuldade em acalmar-me.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar (por exemplo, respirar de modo excessivamente rápido ou falta de ar na ausência de exercício físico).	0	1	2	3
5. Tive muita dificuldade em ter iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Reagi em demasia a determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti-me trémulo (por exemplo sem forças nas pernas).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Senti-me agitado(a).	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me triste e deprimido(a).	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação ao que me impediu de terminar o que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que estava demasiado susceptível ou irritável.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (aumentos no ritmo cardíaco ou falta de batimentos).	0	1	2	3
20. Senti-me assustado(a) sem ter uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que não vale a pena viver.	0	1	2	3

(adaptado de Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)



ECO A

Abaixo estão listados vários sentimentos e emoções que alguém podia ter em relação à organização onde trabalha. Indique o quanto sente estes sentimentos e emoções.

A escala a utilizar é a seguinte:

NADA	POUCO	MAIS OU MENOS	MUITO	EXTREMAMENTE
1	2	3	4	5

Coloque em frente a cada frase uma cruz (☒) correspondente ao número que melhor expressa o que sente.

1. Orgulhoso(a) dela.	1	2	3	4	5
2. Contente com ela.	1	2	3	4	5
3. Entusiasmado(a) com ela.	1	2	3	4	5
4. Interessado(a) por ela.	1	2	3	4	5
5. Animado(a) com ela.	1	2	3	4	5

(adaptado de Siqueira, 1995)



EET

A seguir estão cinco frases referentes ao seu trabalho actual. Indique o grau em que concorda ou discorda de cada afirmação.

A escala a utilizar é a seguinte:

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO MODERADAMENTE	DISCORDO LEVEMENTE	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO LEVEMENTE	CONCORDO MODERADAMENTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5	6	7

Coloque em frente a cada frase uma cruz (☒) correspondente ao número que melhor expressa o que sente.

1. As maiores satisfações de minha vida vêm do meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
2. As horas que passo a trabalhar são as melhores horas do meu dia.	1	2	3	4	5	6	7
3. As coisas mais importantes que acontecem em minha vida envolvem meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu vivo e respiro o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu estou pessoalmente muito ligado(a) ao meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7

(adaptado de Siqueira, 1995)



EST

As frases abaixo falam a respeito de alguns aspectos do seu trabalho actual. Indique o quanto se sente satisfeito ou insatisfeito com cada um deles.

A escala a utilizar é a seguinte:

TOTALMENTE INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	INDIFERENTE	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	TOTALMENTE SATISFEITO
1	2	3	4	5	6	7

Assinale, em cada frase, com uma cruz (☒) o número que melhor representa a sua resposta.

1. Com o espírito de colaboração dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
2. Com o número de vezes que já fui promovido(a) nesta instituição.	1	2	3	4	5	6	7
3. Com o meu salário comparado com o quanto trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
4. Com o tipo de amizade que os meus colegas demonstram por mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Com o grau de interesse que as minhas tarefas me despertam.	1	2	3	4	5	6	7
6. Com o meu salário comparado à minha capacidade profissional.	1	2	3	4	5	6	7
7. Com a maneira como esta instituição realiza promoções do seu pessoal.	1	2	3	4	5	6	7
8. Com a capacidade do meu trabalho me absorver.	1	2	3	4	5	6	7
9. Com as oportunidades de ser promovido nesta instituição.	1	2	3	4	5	6	7
10. Com o entendimento entre mim e o meu/minha chefe.	1	2	3	4	5	6	7
11. Com o meu salário comparado aos meus esforços no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
12. Com a maneira como o meu/minha chefe me trata.	1	2	3	4	5	6	7
13. Com a variedade de tarefas que realizo.	1	2	3	4	5	6	7
14. Com a confiança que eu posso ter nos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
15. Com a capacidade profissional do meu/minha chefe.	1	2	3	4	5	6	7

(adaptado de Siqueira, 1995)



FOCUS - I

De seguida encontra uma série de questões sobre a organização onde trabalha, que devem ser respondidas apenas com uma palavra. A escolha da palavra depende da opinião que tem acerca da organização como um todo e não somente da direcção/departamento onde trabalha.

Assinale com uma cruz (☒) no número que se encontra sob a palavra escolhida.

Quantas pessoas...	Ninguém	Poucas	Algumas	Muitas	Quase todas	Todas
1. Procuram novas formas de fazer o seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
Com que frequência...	Nunca	Raramente	Por vezes	Com frequência	Quase sempre	Sempre
2. Recebem instruções precisas relacionadas com o trabalho?	1	2	3	4	5	6
3. O seu desempenho individual é avaliado?	1	2	3	4	5	6
4. Esta organização procura novos mercados para os seus serviços?	1	2	3	4	5	6
5. Se estimulam as críticas construtivas?	1	2	3	4	5	6
6. Se investe em novos produtos /serviços?	1	2	3	4	5	6
7. A avaliação é feita em função do grau em que os objectivos são atingidos?	1	2	3	4	5	6
8. As exigências externas pressionam a investigação e o desenvolvimento?	1	2	3	4	5	6
9. A Administração estabelece os objectivos a alcançar?	1	2	3	4	5	6
10. Tem uma ideia clara dos critérios em que o seu desempenho será avaliado?	1	2	3	4	5	6
11. Existem critérios objectivos para medir o desempenho de cada um?	1	2	3	4	5	6
12. A organização utiliza bem a tecnologia para melhorar os seus serviços?	1	2	3	4	5	6
13. A organização procura oportunidades no meio exterior?	1	2	3	4	5	6
14. A organização procura novos mercados para novos produtos/serviços?	1	2	3	4	5	6

(adaptado de Neves, 2000)



FOCUS - II

A seguir encontra pequenas descrições que podem ser próprias (características) da sua instituição. Em relação a cada uma, deverá indicar o grau em que a mesma se aplica à sua organização, assinalando com uma cruz (☒) o número que corresponde à palavra escolhida.

Por favor tome em consideração a opinião que tem da organização como um todo. A sua avaliação não deve limitar-se à direcção/departamento onde trabalha no dia-a-dia, mas basear-se na globalidade. A sua resposta indica o grau em que tal descrição é APROPRIADA para descrever a organização.

Deverá escolher entre:

DE MODO NENHUM	RARAMENTE	UM POUCO	BASTANTE	MUITO	MUITÍSSIMO
1	2	3	4	5	6

15. Assumir riscos	1	2	3	4	5	6
16. Compreensão mútua	1	2	3	4	5	6
17. Unidade de comando	1	2	3	4	5	6
18. Obediência às normas	1	2	3	4	5	6
19. Comunicação/contactos informais	1	2	3	4	5	6
20. Regras formalmente impostas	1	2	3	4	5	6
21. Cumprimento das regras	1	2	3	4	5	6
22. Procedimentos estabelecidos	1	2	3	4	5	6
23. Aceitação do erro	1	2	3	4	5	6
24. Flexibilidade	1	2	3	4	5	6
25. Formalização	1	2	3	4	5	6
26. Apoio a colegas	1	2	3	4	5	6
27. Apoio na resolução de problemas de trabalho	1	2	3	4	5	6
28. Harmonia Interpessoal	1	2	3	4	5	6
29. Rigidez	1	2	3	4	5	6
30. Ambiente agradável de trabalho	1	2	3	4	5	6
31. Apoio na resolução de problemas não relacionados com o trabalho	1	2	3	4	5	6
32. Procura de novos mercados	1	2	3	4	5	6
33. Clima familiar	1	2	3	4	5	6
34. Respeito pela autoridade	1	2	3	4	5	6

(adaptado de Neves, 2000)



PP

1. Coloque uma cruz (☒) na alínea que melhor expressa os seus objectivos profissionais.

Se pudesse gostaria de exercer outra actividade profissional e não esta que exerço actualmente.	<input type="checkbox"/>
Gostaria, para já, de exercer esta actividade profissional, embora mais tarde possa vir a preferir outra profissão.	<input type="checkbox"/>
Quero exercer esta actividade durante todo o meu percurso profissional.	<input type="checkbox"/>

2. Que profissão gostaria de exercer:

Neste momento: _____

Daqui a cinco anos: _____

3. Indique o grau em que deseja continuar a exercer a sua profissão actual:

Pouco	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>
Muito	<input type="checkbox"/>

(adaptado de Jesus, 1996)