



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DO MAL-ESTAR AO BEM-ESTAR NAS ORGANIZAÇÕES

Proposta de um Programa de Intervenção

Tese de obtenção do grau de Doutor em Psicologia

MARIA NEREU BJORN

Orientadores Professor Doutor Saul Neves de Jesus
Universidade do Algarve
Professor Doutor João Evangelista Hipólito
Universidade Autónoma de Lisboa

Faro
2014



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DO MAL-ESTAR AO BEM-ESTAR NAS ORGANIZAÇÕES

Proposta de um Programa de Intervenção

Tese de obtenção do grau de Doutor em Psicologia

MARIA NEREU BJORN

Orientadores Professor Doutor Saul Neves de Jesus
Universidade do Algarve
Professor Doutor João Evangelista Hipólito
Universidade Autónoma de Lisboa

Faro
2014

AGRADECIMENTOS

O agradecimento ou reconhecimento de gratidão pelo suporte num Estudo de Investigação passa por nomear todos os que sempre me apoiaram, todas as Organizações que me receberam, ficam alguns no anonimato mas não esquecidos.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Doutor Saul Neves de Jesus, meu orientador de tese pelo apoio prestado quer ao nível da investigação em geral, quer no conhecimento específico da Psicologia e na forma como me ajudou a organizar as prioridades deste empreendimento.

Da mesma forma tenho que referir a minha gratidão ao suporte que me foi facultado pelo Professor Doutor João Hipólito, meu coorientador sempre disponível para me facultar o suporte científico e humano deste estudo.

O meu muito obrigado a todas as organizações que se disponibilizaram na recolha de dados.

Aos meus colegas de percurso gostaria de deixar um agradecimento muito sentido, pelo apoio e disponibilidade com que sempre me acompanharam.

Aos Departamentos de Estatística e Serviços Pós-Graduados da Universidade do Algarve.

Ao Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa e a todos os colegas que senti estarem comigo.

Ao Christian Bjorn sempre atento e disponível durante estes anos de ausência para me dedicar à parte intelectual a que me propus.

Aos meus filhos e netos que no silêncio me deram a força e o respeito em entender as minhas prioridades.

DEDICATÓRIA

Dedico este Estudo a meu marido
Christian Bjorn, meus filhos Susana
e Pedro e a meus netos Francisco e
Tomás.

RESUMO

O mal/bem-estar do ser humano, em contexto laboral, tão em evidência na atualidade, levou-nos a elaborar um estudo que pretende avaliar o efeito do relaxamento acompanhado de momentos de informação e reflexão sobre estratégias de diminuição de mal-estar no trabalho. A intervenção foi feita a vários grupos de profissionais de diferentes organizações implantadas em Portugal que se disponibilizaram para praticarem sessões de relaxamento durante um determinado período de tempo, integrando participantes do género masculino e feminino. Foram 140 participantes que fizeram parte nesta investigação, 70 do grupo de intervenção e 70 do grupo de controlo. Foram passados vários instrumentos (Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), Inventário Motivação Intrínseca, Escala de Satisfação Profissional, Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho (ISMERT, Monitor de Medição de Tensão e Frequência Cardíaca), no início e no fim da intervenção tendo como objetivo avaliar a existência ou não de mudanças ao nível da percepção global de bem-estar. Foram medidos parâmetros fisiológicos, tais como a frequência cardíaca, tensão arterial sistólica e diastólica. Do ponto de vista psicológico foram avaliados os níveis de stresse, de ansiedade, identificação de sintomas de depressão, o nível de satisfação e motivação no trabalho. Os resultados encontrados, em comparação com o grupo de controlo, expressam uma diminuição significativa nos níveis tensão arterial e frequência cardíaca, nos níveis de stresse e de ansiedade, tal como uma redução na sintomatologia depressiva. Não se verificaram mudanças no que respeita à satisfação e motivação com o trabalho.

Palavras-chave: Mal/bem-estar no Trabalho, Relaxamento, Ansiedade, Depressão, Stresse, Tensão Arterial.

ABSTRACT

Bad / well- being of people in the labor context , as in evidence today , led us to conduct a study which aims to evaluate the effect of relaxation accompanied by moments of information and discussion on strategies to decrease discomfort in job. The intervention was taken to various groups of professionals from different organizations established in Portugal who agreed to practice relaxation sessions during a certain period of time, integrating participants' males and females. There were 140 participants who took part in this investigation, 70 in the intervention group and 70 in the control group. Various instruments (Scale of Anxiety, Depression and Stress, EADS - 21), Intrinsic Motivation Inventory, Work Satisfaction Scale, Symptoms Inventory malaise Related Work (SMERT), Monitor Voltage Measurement and Heart Rate were passed at the beginning and end of the intervention aiming to assess whether or not changes in the level of overall perception of well -being . physiological parameters such as heart rate , systolic and diastolic blood pressure were measured. psychologically view evaluated the levels of stress , anxiety , identification of symptoms of depression , the level of satisfaction and motivation at work The results , compared with the control group , expressing a significant decrease in blood pressure and heart rate levels of stress and anxiety levels , such as a reduction in depressive symptoms . There were no relevant changes as regards the motivation and satisfaction with the work.

Keywords: Bad/ Wellness at Work, Relaxation, Anxiety, Depression, Stress, Blood Pressure.

ÍNDICE

Introdução	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
Capítulo 1: Psicologia Positiva nas Organizações	6
1.1. Psicologia Positiva	6
1.1.1. Definição do Conceito	7
1.2. Psicologia Positiva em Contextos Organizacionais	9
1.3. Bem-Estar nas Organizações	12
1.3.1. Satisfação no Trabalho	16
1.3.2. Motivação no Trabalho	18
Capítulo 2: Mal-Estar nas Organizações	22
2.1. Mal-estar no Trabalho: Definição Concetual	22
2.2. Indicadores de Mal-Estar no Trabalho	25
2.3. Variáveis Psicológicas Associadas ao Mal-estar no Trabalho	27
2.3.1. - A ansiedade	28
2.3.2. A Depressão	31
2.3.3. Stresse	35
2.3.3.1. Stresse e Estratégias de <i>Coping</i>	39
2.4. Variáveis Fisiológicas Associadas ao Mal-estar	41
2.4.1. Stresse e Perturbações Cardiovasculares	41
Capítulo 3: Intervenção para a Saúde nas Organizações	44
3.1. A importância da Saúde nas Organizações	44
3.2. Os Grupos e a sua Dinâmica	45
3.2.1. Ações de Informação e Gestão Comportamental	49
3.3. Relaxamento	52
3.3.1. Abordagem histórica	52
3.3.2. O Treino Autógeno de Schultz	54
3.3.3. O Relaxamento na Perspetiva Humanista	55
3.3.4. Perspetiva de Bjorn	57
Capítulo IV: Intervenção Comportamental para a Saúde: da Teoria à Prática	60
4.1. Estratégias de Promoção para a Saúde e Eficácia Organizacional	60
4.2. Exemplo de Intervenções com Profissionais da Educação e da Saúde	63
4.3. Programa de Formação da Presente Investigação	65
4.3.1. Descrição das Temáticas Abordadas	66
4.3.2. Descrição do Protocolo do Relaxamento	70
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	76
Capítulo V: Metodologia	77
5.1. Apresentação do Problema	77
5.2. Delineamento do estudo (<i>design</i>)	78
5.3. Objectivos e hipóteses	80
5.3.1. Objectivos de investigação	80

5.3.2. Hipóteses	81
5.3.3. Identificação e operacionalização das variáveis	83
5.3.3.1. Variável independente	83
5.3.3.2. Variáveis dependentes	84
5.4. População e participantes (amostra)	86
5.4.1. População	86
5.4.2. Participantes	87
5.5. Instrumentos	89
5.5.1. Questionário Sociodemográfico	89
5.5.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse – EADS-21	89
5.5.3. Inventário de Motivação Intrínseca	91
5.5.4. Escala de Satisfação Profissional	92
5.5.5. Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho (ISMERT)	93
5.5.6. Medidas fisiológicas	95
5.6. Procedimentos	95
5.6.1. Procedimento Geral de Investigação	95
5.6.2. Procedimentos de análise: planeamento e justificação das análises estatísticas	96
5.6.2.1. <i>Estatística descritiva</i>	96
5.6.2.2. <i>Qualidades das medidas obtidas (variáveis)</i>	97
5.6.2.3. <i>Estatística inferencial</i>	97
Capítulo VI : Apresentação dos Resultados	99
6.1. Resultados Relativos à Frequência Cardíaca (FC)	99
6. 2. Resultados Relativos à Tensão Arterial Sistólica (TAS)	100
6.3. Resultados Relativos à Tensão Arterial Diastólica (TAD)	101
6.4. Resultados Relativos à variável Ansiedade	102
6.5. Resultados Relativos à Variável Depressão	104
6.6. Resultados Relativos à Variável Stresse	105
6.7. Resultados Relativos à Satisfação Profissional	107
6.8. Resultados relativos à Motivação Intrínseca	108
6.9. Resultados Relativos ao Mal-Estar no Trabalho	110
6.10. Resumo dos Resultados Obtidos	113
Capítulo 7: Discussão dos Resultados	116
Conclusão	120
Bibliografia	123

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Grupo Profissional dos Participantes – Grupo sujeito à Intervenção	87
Tabela 2. Grupo Profissional dos Participantes – Grupo de Controlo	88
Tabela 3. Itens que Compõem o Questionário Sociodemográfico	89
Tabela 4 .Indicadores e Número de Itens por Escala, da EADS-21	90
Tabela 5. Subescalas que Compõem o ISMERT, Respetiva Designação e Número de Itens	94
Tabela 6. Análise descritiva dos dados relativos à variável Frequência Cardíaca -GI (n=70)	99
Tabela 7. Análise descritiva dos dados relativos à variável Tensão Arterial Sistólica – GI (n=70)	100
Tabela 8. Aderência à normalidade (D) das distribuições dos dados amostrais da TAS - GI, e diferenças entre pré e pós-teste, segundo o teste de wilcoxon	101
Tabela 9. Análise descritiva dos dados relativos à variável Tensão Arterial Diastólica - GI (n=70)	102
Tabela 10. Análise da consistência interna, para a variável Ansiedade, nos dois grupos – T1 e T2)	103
Tabela 11. Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na subescala de Ansiedade (EADS), pelos dois grupos, em T1 e T2	103
Tabela 12. Análise da consistência interna, para a variável Depressão, nos dois grupos – T1 e T2)	104
Tabela 13. Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na subescala de Depressão (EADS), pelos dois grupos, em T1 e T2	105
Tabela 14. Análise da consistência interna, para a variável Stresse, nos dois grupos – T1 e T2	106
Tabela 15. Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na subescala de Stresse (EADS), pelos dois grupos, em T1 e T2	106
Tabela 16. Análise da consistência interna, para a variável Satisfação Profissional, nos dois grupos – T1 e T2)	107
Tabela 17. Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na Escala de Satisfação Profissional, pelos dois grupos, em T1 e T2	108
Tabela 18. Análise da consistência interna, para a variável Motivação Intrínseca, nos dois grupos – T1 e T2).	109
Tabela 19. Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na Escala de Motivação Intrínseca, pelos dois grupos, em T1 e T2	110
Tabela 20. Análise da consistência interna, para a variável Mal-Estar no Trabalho e indicadores: físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais, nos dois grupos– T1 e T2, e aderência à normalidade - teste de Kolmogorov-Smirnov (D)	111
Tabela 21. Comparação das pontuações obtidas na Escala de Mal-Estar no	112

Trabalho e respectivas subescalas, pelos dois grupos, em T1e T2	
Tabela 22. Comparação Inter-grupos das Pontuações Obtidas na Escala de Mal-Estar no Trabalho e Respetivas Subescalas, em T1 e T2	113
Tabela 23. Síntese das Hipóteses e Respetiva Decisão após Tratamento Estatístico	115

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Desenvolvimento de situações de <i>Eustresse</i> e <i>Distresse</i>	38
Figura 2. Delineamento do Estudo	79
Figura 3. Delineamento quasi-experimental: tratamento intra-sujeitos e inter-grupos	80

Introdução

O nosso estudo consiste no convite à compreensão e à reflexão sobre o comportamento e estilo de vida habituais, demonstrando a inter-relação entre os aspetos emocionais e as funções corporais. Temos como objetivo apresentar a técnica de Relaxamento em Intervenção de Grupo, aplicada a diferentes grupos de trabalhadores, considerando que na realidade atual dos países desenvolvidos, e no nosso caso em Portugal, se verifica uma síndrome de depressão generalizada, orientada para o ter e desvalorizando o ser.

O mundo onde hoje se vive é demasiado complexo e sujeito a mudanças rápidas e inesperadas, promovendo no ser humano dificuldade em adaptar-se a novas realidades. A rotina conturbada e o trabalho em ritmo massificante e exigente das empresas provocam em muitos trabalhadores, empresários e investidores, doenças que promovem hipertensão com patologias associadas, nomeadamente, cardiovasculares.

Katzel e Waldstein (2002) referem que, em termos gerais, as doenças cardiovasculares abrangem as doenças do coração, vasos sanguíneos e circulação. Segundo os autores, as mais comuns correspondem à hipertensão arterial, à doença das artérias coronárias, a afecções cérebro-vasculares e dos vasos periféricos como, por exemplo, os aneurismas e a doença arterial periférica. Para além destas, existem também as doenças cardíacas congénitas, a doença cardíaca de natureza reumatismal, a insuficiência cardíaca congestiva e as arritmias.

É neste ambiente adverso que, cada vez mais, a saúde mental é hoje uma preocupação para os técnicos de saúde na sua generalidade e, particularmente, para aqueles que lidam diretamente com este tipo de temática, notando-se no, entanto, que a abordagem a questões como saúde mental pode ser observada, articulada, intervencionada em dois pontos de vista diferentes.

Um primeiro, assenta nos indicadores de mal-estar, depressão, ansiedade, angústia e agressividade; um outro nos aspetos saudáveis e de bem-estar do ser humano, felicidade, otimismo, altruísmo, esperança, alegria e satisfação. É entre estas duas posições que se pode optar, constatando-se que a segunda é assumida como Psicologia Positiva que procura o bem-estar e a qualidade de vida do ser humano. Neste contexto, o nosso estudo propõe-se investigar se a utilização de técnicas de

Relaxamento são um meio de promover o bem-estar pessoal e profissional, nomeadamente quando situações de distresse estão presentes.

Com base na leitura de Ehrenberg, (2010), constatamos que o sofrimento faz parte do jogo de linguagem da saúde mental, um jogo que se tornou, na atualidade, um ponto de referência para se discutir a questão do agir e da ação, bem como dos problemas, dilemas e conflitos gerados por um novo regime de autonomia que se segue a certas transformações institucionais e normativas das sociedades ocidentais. Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, (1948) a saúde é um direito humano fundamental. “A Carta de *Ottawa*” (1986) – um dos documentos mais importantes que se produziram no cenário mundial sobre o tema da saúde e qualidade de vida – afirma que os recursos indispensáveis para se ter saúde, consistem na existência de: um conjunto de fatores sociais, económicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam, de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, daí resultando sociedades mais ou menos saudáveis.

Na maior parte do tempo da sua vida, a pessoa é saudável, o que significa que, a maioria das pessoas não necessita de hospitais, ou complexos procedimentos médicos, diagnósticos ou terapêuticos. No entanto, durante toda a vida as pessoas necessitam de água e ar puro, ambiente saudável, alimentação adequada, situações sociais, económicas e culturais favoráveis, prevenção de problemas específicos de saúde, assim como educação e informação. Contudo, fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos tanto podem favorecer como prejudicar a saúde.

Para realmente melhorar as condições de saúde de uma população, o objetivo social relevante é a necessidade de mudanças profundas dos padrões económicos no interior das sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas para que uma sociedade conquiste saúde para todos os cidadãos. A saúde é também decorrente de fatores comportamentais, que levem as pessoas a desenvolver padrões alimentares saudáveis, comportamento sexual protegido, suporte social, atividade física, e menor stresse na vida quotidiana, nomeadamente no trabalho.

Num estudo feito anteriormente (Bjorn, 2010; Bjorn, Jesus, & Casado, 2013), desenvolvemos a prática do relaxamento numa população de mulheres grávidas, a partir da oitava semana de gestação e até ao final da gravidez. Permitiu-nos constatar a necessidade que existe de criar condições que melhorem a qualidade de vida e bem-

estar, qualquer que seja a vivência e a etapa da vida humana. Este estudo interpelou-nos e serviu de motivação para desenvolver esta investigação, mas com outra especificidade de população, isto é, com profissionais em contexto organizacional. Em concordância com o acima referimos, no trabalho em organizações, cujos níveis de exigência de produtividade são muito elevados, a pessoa/trabalhador está sujeita a pressões e tensões que se refletem na totalidade do seu ser.

A experiência acumulada na decorrer nossa prática clínica, o conhecimento adquirido no estudo acima referido e intervenções similares de outros autores (Jesus, 1996; Jesus, 1998, Murcho & Jesus, 2007) com profissionais da área da educação e da saúde, motivou-nos a realizar a presente investigação aplicando não só a técnica de relaxamento, mas também a promoção de momentos em que as sessões continham o desenvolvimento de temáticas, introduzindo uma vertente de cariz cognitivo.

Em termos de estrutura, este trabalho é composto por uma revisão de bibliografia sobre os tópicos em estudo, apresentação da metodologia e dos resultados com a respectiva discussão, e finalizando com a conclusão.

No Capítulo I, apresentamos uma abordagem histórica da Psicologia Positiva, em particular ao nível da saúde organizacional, expomos o conceito de bem-estar, a satisfação profissional e a motivação no trabalho.

Dedicámos o Capítulo II à reflexão e pesquisa de literatura sobre o Mal-estar nas Organizações, sua definição conceptual, levantamento de indicadores de mal-estar no trabalho, descrição e reflexão sobre algumas variáveis psicológicas e fisiológicas associadas ao mal-estar no trabalho.

O Capítulo III centra-se na Intervenção para a Saúde nas Organizações e a sua importância. Como a intervenção proposta neste estudo era em grupo, considerámos pertinente refletir sobre os grupos em geral e a sua dinâmica. Por fim, apresentamos uma abordagem sobre os diferentes modelos de intervenção, nomeadamente referimos o nosso método de relaxamento.

No Capítulo IV pretendemos fazer a ponte com a Intervenção Comportamental para a Saúde, colocando em evidência estratégias de promoção para a saúde e eficácia Organizacional. Apresentamos alguns programas de intervenção com profissionais de educação e saúde, na medida em que nos serviram de guia para estruturar a nossa intervenção nas organizações. É, ainda, explicado o programa de formação aplicado na presente investigação.

No Capítulo V é apresentada a metodologia, na qual consta a apresentação do problema, o delineamento do estudo, as hipóteses, as variáveis e respectiva operacionalização, a população, a descrição dos instrumentos e o procedimento utilizado na investigação.

O Capítulo VI tem como objectivo a apresentação dos resultados, após tratamento estatístico dos dados obtidos.

No Capítulo VII é feita a reflexão e discussão, com base nos resultados obtidos e, finalmente, é elaborada uma conclusão do trabalho efectuado.

De uma forma geral, com esta investigação pretendemos verificar se a intervenção realizada influencia de forma positiva os indicadores fisiológicos, de depressão, ansiedade e stresse nos trabalhadores e, simultaneamente, se essa intervenção conduz a uma melhoria na motivação intrínseca, satisfação profissional e bem-estar no trabalho desses trabalhadores.

Embora sobre estas questões do bem e mal-estar no trabalho haja múltiplas investigações, realizadas em diversos países, são ainda reduzidos os estudos que procuram avaliar a eficácia de intervenções junto dos profissionais, no sentido da diminuição de indicadores de mal-estar e do aumento de indicadores de bem-estar.

Esperamos com esta nossa investigação fornecer um contributo neste âmbito, segundo um enquadramento na Psicologia Positiva.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I: Psicologia Positiva nas Organizações

1.1. Psicologia Positiva

Na segunda metade do séc. XIX, a Psicologia como ciência teve o contributo muito significativo de autores como Weber (2004), Fechner (1838), na área da Psicofísica, e Wundt (1860) que fundou o primeiro laboratório experimental e enfatizou a análise introspectiva como meio de compreender os processos mentais superiores (Soriano de Alencar, 1976). Na senda podemos referir Watson que defendia o seguinte "a Psicologia deveria restringir-se ao estudo do comportamento observável" (Soriano de Alencar, 2011, p.43) Numa outra perspectiva, referimos o interesse de Freud pelo conhecimento dos processos mentais, designadamente a diferenciação entre consciente e inconsciente, conduzindo progressivamente ao desenvolvimento da teoria psicanalítica.

No início do século XX começou a emergir uma corrente, designada de Psicologia Humanista, na qual era privilegiado o interesse pela pessoa e pelo seus aspetos psicologicamente saudáveis. Salientamos como autores desta perspectiva Maslow, (1943), Rogers (1951), May (1988) e Fromm (2002) que, segundo o seu pensamento, sentiram necessidade de perspetivar uma abordagem mais holística da pessoa, isto é, em vez de se centrarem exclusivamente nos sintomas (ex. depressão e ansiedade) e respetivo tratamento, procuram encontrar meios de aumentar uma vida saudável e feliz.

Maslow, em 1987, na sua obra *Motivation and Personality*, apresenta uma hierarquia de necessidades que permitem à pessoa atingir um estado de felicidade e bem estar.

O autor pretende ilustrar uma organização de necessidades que acompanham o desenvolvimento humano no percurso da sua existência, sendo o último patamar a motivação para aceder à autorrealização. Num outro esquema posterior, o autor acrescenta mais uma necessidade que intitula de transcendência, consistindo na capacidade da pessoa de se ligar a "alguém" exterior a si (Colin, Benson, Ginsburg, Grand, Lazyan & Weeks, 2012).

Também Rogers (1951), psicólogo norte-americano, desenvolveu uma teoria de intervenção terapêutica em que privilegiava as capacidades de auto-cura e de atualização do organismo, mais do que intervenções exteriores de cariz etiológico (Hipólito, 2011).

Fromm (2002) considerava que a angústia e a impotência surgem devido à separação da pessoa com a natureza e com o outro. No entanto, estes sentimentos podem ser ultrapassados se nos dedicarmos a procurar o nosso interior e as capacidades que integramos, se formos autores da nossa unicidade e se desenvolvermos a capacidade de amar, o que nos dá um sentimento de pertença.

Um outro nome a referir é o de Bandura (1986) que se notabilizou pelo estudo do efeito dos meios de comunicação social na aquisição de comportamentos. Segundo ele, o conceito de autoeficácia é definido como sendo uma crença que o indivíduo vivencia e que lhe permite ser capaz de realizar com sucesso determinada atividade. Nas duas obras *Social Learning Theory* e *Social Foundations of Thought and Action* (1986), o autor supra citado, reflete sobre o conceito de autoeficácia no que concerne ao desempenho profissional do indivíduo e a sua relação com a eficácia organizacional (Bandura, 1986).

O movimento da Psicologia Humanista iniciou-se com autores essencialmente americanos e foi designada também pela Terceira Força da Psicologia em oposição ao comportamentalismo e à psicanálise. Os temas principais davam “ênfase na experiência consciente; crença na integralidade da natureza e da conduta do ser humano; concentração no livre arbítrio, na espontaneidade e no poder de criação do indivíduo; estudo do que tenha relevância para a condição humana” (Schultz & Schultz, 1992, p.392). A Psicologia Humanista é considerada como a precursora da Psicologia Positiva (Colin, Benson, Ginsburg, Grand, Lazyan & Weeks, 2012).

1.1.1. Definição do conceito

No âmbito da Psicologia Positiva salientamos Seligman (2002) que sublinha as relações sociais como tendo um papel fundamental na felicidade humana; numa obra *Handbook of Positive Psychology* (2002), considera que a Psicologia Positiva deve procurar entender e promover os fatores que permitam o desenvolvimento óptimo dos indivíduos e das comunidades. Nesta perspetiva, Csikszentmihaly (1990) advoga que quando estamos empenhados numa atividade que gostamos e que estimula as nossas competências, emergimos num estado de *flow* comparado ao estado de êxtase (Colin, Benson, Ginsburg, Grand, Lazyan & Weeks, 2012).

Segundo Pais Ribeiro (2009) a Psicologia Positiva pode ser definida como sendo o estudo científico das experiências e dos traços individuais positivos, bem como dos aspetos que visam esse desenvolvimento (Duckworth, et al., 2005, citado por Pais Ribeiro, 2006).

Deste modo, incide sobre o estudo científico das potencialidades que tornam possíveis os indivíduos, os grupos e as sociedades a viverem de maneira saudável. Constitui-se como um ramo da ciência psicológica baseado na crença de que é possível identificar, compreender, desenvolver, promover e cultivar os mecanismos necessários para se viver de maneira significativa e satisfatória.

Segundo Hipólito (2011), “Como ser integrante do Universo, o Homem, comparativamente com outros seres vivos, possui capacidades muito específicas que lhe permitem acumular, tratar e transmitir informação de uma forma muito diferenciada e criativa. Ao elaborar uma análise diacrónica, constatamos que o movimento evolutivo tem sido no sentido da hiper-hiper-complexidade” (p.149).

Contrariamente, ao que se possa pensar, a referência ao conceito de Psicologia Positiva não se identifica exclusivamente com o designado pensamento positivo. Os resultados obtidos através da pesquisa confirmam a ideia de que os pensamentos “negativos” ou “realistas” também exercem um papel essencial na construção de uma vida saudável. Esta visão abrangente e integradora da Psicologia Positiva estabelece a diferença entre as formas genéricas de apologia do termo “positivo” em campos como, por exemplo, perspectivas que se enquadram no campo da autoajuda.

Se entre os principais objetivos da Psicologia Positiva está o conhecimento daquilo que vivenciamos como felicidade, é porque, em última instância, isso favorece as condições necessárias para que as pessoas possam viver uma vida plena a partir das suas próprias escolhas assumindo a responsabilidade das mesmas.

Para escolher é preciso conhecer as possibilidades, e a Psicologia Positiva tem realizado muitas descobertas sobre o que é possível em termos de felicidade. Algumas descobertas aproximam-se da sabedoria do senso comum, outras dos ensinamentos filosóficos, algumas das tradições religiosas mas, muitas têm revelado o quão pouco sabíamos sobre o que tanto desejamos: o sentimento de bem-estar. Efetivamente, desde a Antiguidade Clássica a felicidade tem sido tema de debates e reflexões filosóficas e religiosas.

A investigação sobre a felicidade, uma das dimensões fulcrais que caracterizam a Psicologia Positiva, não tem dispensado o recurso a métodos tradicionais da

investigação assim como o aprofundamento do campo das neurociências no que concerne ao estudo das emoções e do comportamento humano.

Os princípios teóricos “revolucionários” subjacentes à Psicologia da Positiva têm tido um grande impacto ao nível da psicologia, nomeadamente nas áreas da saúde, social e clínica no que concerne às variáveis internas e externas que são preditoras de bem-estar subjetivo nos vários contextos em que a pessoa interage como ser social.

Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005) “O Bem-Estar Subjetivo é uma dimensão positiva da Saúde (...) um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afecto Positivo e o Afecto Negativo”. (p. 203-214)

Ao nível organizacional tem havido um crescente interesse por estudar as condições que são promotoras de bem-estar pessoal, grupal e organizacional, na medida em que as investigações efetuadas são indicadoras de que trabalhadores empenhados, respeitados e com o sentimento de pertença, desempenham as tarefas que lhe são propostas com maior produtividade e maior satisfação.

1.2. Psicologia Positiva em Contextos Organizacionais

Tal como Maslow (1987) referiu, a pessoa é movida por uma hierarquia de necessidades que devem ser satisfeitas e, partindo do pressuposto que o capital humano é responsável pela realização dos objetivos que se propõe atingir, existe um conjunto de necessidades inerentes à pessoa/trabalhador que os líderes organizacionais não devem descurar, nomeadamente aspetos de ordem fisiológica, de segurança, de âmbito social, de estima, de motivação e de autorrealização. Assim, um dos aspetos que nos ocorre referir, é a criação de condições ergonómicas de acordo com a tarefa a realizar, a obtenção de planos de saúde, a promoção de atividades desportivas que promovam a saúde, a coesão de equipas, a aplicação de políticas salariais justas em relação com o posto de trabalho e flexibilidade face às questões de ordem familiar.

Chiavenato (2004) defende que o bem maior de uma organização para atingir os seus objetivos deve inserir dois aspectos: *talentos* e *contextos*, sendo que os

primeiros são compostos por habilidades e atitudes e os segundos devem contemplar um ambiente favorável para que os talentos se desenvolvam.

As condições ergonómicas são um fator importante que deve ser tomado em linha de conta pois que possibilitam o conforto ao indivíduo, proporcionam a prevenção de acidentes e o aparecimento de patologias específicas desencadeadas pela singularidade do tipo trabalho. Por exemplo, a postura que é desenvolvida pelo trabalhador mercê de uma atividade repetitiva; o descanso em conformidade com as horas de trabalho; o tipo de iluminação apropriado no desempenho de determinadas tarefas; os ruídos e a temperatura. Geralmente estes aspectos são conhecidos como agentes causadores de problemas na área de saúde física e mental.

A atenção com as variáveis referidas, pode impedir ou minimizar determinadas incapacidades físicas que se arriscam a ser duradouras para o trabalhador, por vezes a longo prazo.

Em determinadas condições de trabalho, o indivíduo e o equipamento representam um sistema fechado, no qual a eficiência é fruto da decisão do indivíduo, tornando-se num todo, isto é, o homem completando a máquina e esta completando o homem.

A procura de qualidade de vida no trabalho (QVT) é um factor de recuperação na humanização do ambiente da empresa, sendo denominada por Cavalcanti (2001) Inteligência Empresarial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Qualidade de Vida como: “(...) a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, 2000, p. 33-38)

Na opinião de autores, como Bruno e Faria (2000), a satisfação das necessidades humanas está em ligação com o processo do trabalho e do *empowerment* que esse permite desenvolver, facto que dá um sentido ao projeto da pessoa na organização. Nesta perspectiva é profícuo que a organização/instituição introduza práticas que proporcionem a percepção de maior responsabilidade aos seus colaboradores, através do envolvimento na participação de decisões organizacionais, da autonomização de determinadas tarefas, da responsabilização em assumir desafios profissionais e complexos, do respeito pela identidade na execução de dada tarefa.

Um dos aspetos que tem interessado alguns investigadores (Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso, 2006) prende-se com o significado de clima na

organização. Estes autores definem o clima organizacional como uma “criação psicológica de um grupo de indivíduos que interagem e partilham um quadro de referência comum, o qual resulta na estabilização das representações acerca do que significa trabalhar na organização” (p. 664).

Anderson e West (1998) apresentam uma proposta de definição deste conceito que integra dois aspetos: a representação cognitiva individual do ambiente circundante (Ashforth, 1985; James & Jones, 1975; James & Sells, 1981; Schneider & Reichers, 1983, citados por Anderson & West, 1998) e a percepção compartilhada sobre o que acontece no ambiente (Koys & Decottis, 1991; Payne, Fineman & Wall, 1976; Reichers & Schneider, 1990; Uttall, 1983 citados por Anderson & West, 1998). Os autores partilham a opinião de que o clima organizacional tem influência como um todo, apesar de poderem ser considerados dentro da empresa vários outros climas relacionados com aspetos mais específicos do próprio funcionamento da organização.

Também outros autores (Neves, 2000 & Loo, 2003) referem que o clima tem um carácter multidimensional e que influencia a motivação, o comportamento dos colaboradores e a produtividade das equipas.

Downey, Hellriegel e Slocum (1975) investigaram sobre qual o papel das características da personalidade e do ambiente percebido pelo sujeito, concluindo que a autoconfiança e a sociabilidade interagem na percepção do clima organizacional.

No âmbito do clima organizacional óptimo está subjacente o bem-estar do trabalhador, a qualidade das interações entre os membros das equipas e dos líderes, aspetos que merecem atenção por parte dos responsáveis organizacionais no sentido da promoção ou prevenção do bem-estar através de programas efetuados por técnicos que tenham essas competências. Efetivamente as teorias humanistas procuram estudar e explicar fatores que estão envolvidos na satisfação profissional embora nem sempre tenham sido encontrados consensos conceptuais. Hackman e Oldham (1975, citados por Santos, 2007) consideram que a satisfação no trabalho está em ligação com “o grau de felicidade e de bem-estar que o indivíduo apresenta no trabalho” (p. 120).

O sofrimento laboral pode não ser o responsável pelo aparecimento de doenças mentais graves, mas possibilita o surgimento de doenças físicas que se expressam em comportamentos paradoxais, tais como, o consumo de substâncias psicoativas, a necessidade de ingestão de bebidas alcoólicas. As consequências ao nível do trabalho

podem manifestar-se por fenómenos como o stress, a fadiga crónica, ou mesmo o *burnout* (Vasconcelos & Faria, 2008).

1.3. Bem-Estar nas Organizações

A filosofia Grega postula a existência de dois tipos ou abordagens de bem-estar no trabalho, a abordagem de Aristippus-hedonismo (procura de prazer evitamento da dor) e a abordagem de Aristotle-eudemónica (eu-bom-demonio-mau) (Nath, n.d.). De acordo com Waterman (1993) o bem-estar hedónico é equivalente à sensação de felicidade. É uma sensação de bem-estar quando estamos perante prazer mental ou físico, sendo excluídas emoções negativas ou dolorosas. Da perspectiva do bem-estar eudemónico a felicidade subjetiva ou bem-estar hedónico não podem ser comparados com o bem-estar psicológico (já que este é estimulado por: crescimento pessoal, sentido de propósito, autonomia, aceitação, entre outros) (Ryan & Deci, 2001).

Se considerarmos que a perspectiva de Wilson (1967) é um marco no conceito de bem-estar, na medida em que a ele se deve a conceptualização da forma como tem sido entendido na atualidade, diremos que do ponto de vista histórico, é o seu criador. Ao definir o Bem-estar, o autor colocou como hipótese a relação entre dois conceitos: Satisfação e Felicidade. No que concerne ao primeiro, "a satisfação imediata de necessidades produz Felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa Infelicidade (...) o grau de Satisfação necessário para produzir Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração" (Galinha & Pais Ribeiro, 2005, p. 276-289). Aqui podem ser equacionadas como variáveis importantes as experiências efetuadas ao longo da vida, a forma como cada pessoa se compara com outra, nomeadamente ao nível dos valores e de outros aspetos da sua existência.

Na década de 60 o termo Bem-Estar estava associado às dimensões da economia e, conseqüentemente referia-se ao bem-estar material, tais como, aos aspectos relacionados com o rendimento. Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005) "(...) O Bem-Estar Material é a avaliação feita pelo indivíduo ao seu rendimento ou, de modo mais geral, à contribuição dos bens e serviços que o dinheiro pode comprar para o seu Bem-Estar. Para além dos recursos materiais, outros aspectos determinam o nosso Bem-estar ou a nossa Qualidade de Vida – a nossa saúde, as relações, a

satisfação com o trabalho, a liberdade política, entre outros” (p. 206). Contudo, a saúde, as relações, a satisfação com o trabalho e a liberdade política, também interferem no sentimento de bem-estar da pessoa.

O conceito de bem-estar tem sofrido várias evoluções na sua reorganização, expresso através do empenho de vários investigadores (Gurin, Veroff & Feld 1960; Andrews & Withey 1974, 1976; Campbel, Converse, & Rogers, 1976) que se interessaram pelo seu estudo e aprofundamento. Surgem assim, conceitos como bem-estar subjetivo, associado à qualidade de vida. Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005) “A medição sistemática do conceito tem-lhe fornecido critérios de validade e fidelidade e existe consenso entre os investigadores sobre a existência de uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva do Bem-Estar Subjetivo – conceptualizados como a Satisfação com a Vida e como o sentimento de Felicidade (Sagiv & Schwartz, 2000). Dimensões separadas mas substancialmente correlacionadas” (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999, p. 276-289).

Como ilustração referimos um estudo realizado com estudantes universitários, no qual os resultados apontados realçam menor importância aos aspectos económicos do que os relacionados com a satisfação com a vida (Diener & Biswas-Diener, 2000).

De acordo com Siqueira e Padovam (2008) o bem-estar no trabalho pode ser conceptualizado integrando três dimensões de ordem afectiva – *satisfação no trabalho e implicação com o trabalho*, que os autores traduzem como vínculos afectivos individuais em ligação com o seu trabalho, e *comprometimento organizacional* caracterizado pelo vínculo afectivo que o trabalhador estabelece com a organização. De referir, também, a opinião dos autores Lodahl e Kejner (1965) para quem o bem-estar no trabalho significa o “grau em que o desempenho de uma pessoa no trabalho afeta a sua autoestima” (p. 25).

Noutros estudos efetuados sobre o bem-estar no trabalho (Basilio, 2005; Chiuzi, 2006; Covacs, 2006; Meleiro & Siqueira, 2005; Padovam, 2005) constatou-se que os vínculos de satisfação e comprometimento individual e os de comprometimento afectivo com a organização demonstraram existir uma correlação positiva e significativa entre si.

Na perspectiva conceptual da psicologia positiva é enfatizado o potencial dos fenómenos positivos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) assim como as dinâmicas que permitem o desempenho excepcional da pessoa e das organizações.

Segundo a Fundação de trabalho realizado no Reino Unido (UK) “o envolvimento do trabalhador é descrito como o compromisso emocional e intelectual para com a organização e o seu sucesso. Os trabalhadores envolvidos experienciam propósito e significado nos seus trabalhos” (p.25). O bem-estar no trabalho numa empresa que se encontra estabelecida e que é segura, refere-se a variáveis como vencimento, posição, orgulho em estar associado à empresa, ambiente social no trabalho e segurança no trabalho (Nads, 2010).

Ao abordarmos os diferentes modelos explicativos que procuram compreender a relação entre diversas variáveis associadas ao bem-estar no trabalho e o seu efeito no indivíduo, é importante distinguir a influência das exigências do trabalho, da existência dos recursos no trabalho. De modo genérico os vários modelos procuram clarificar a influência das exigências do trabalho e o seu impacto nas dimensões físicas, psicológicas e organizacionais que implicam esforço tanto físico como mental, por parte do indivíduo, e que se associam, inevitavelmente, a custos físicos e/ou psicológicos (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001).

No que diz respeito aos recursos, estes referem-se às condições físicas, psicológicas, sociais e organizacionais do trabalho que possibilitam e permitem o funcionamento, de modo a que o indivíduo vá ao encontro das exigências das tarefas. Os recursos podem permitir, ainda, uma diminuição de custos pessoais para o indivíduo e proporcionar estimulação ao nível do desenvolvimento e do crescimento pessoal (Demerouti *et al.*, 2001). Por exemplo, são atribuídos ao nível das tarefas, o delineamento de processos de *feedback* e de autonomia, o estabelecimento de competências necessárias; ao nível do contexto são imputados, por exemplo, os recursos organizacionais, as oportunidades de carreira ou insegurança no trabalho; ao nível dos recursos sociais um exemplo que pode ser dado é o apoio de supervisores (Demerouti *et al.*, 2001).

Segundo o Modelo de Conservação de Recursos (*Conservation of Resources Model-COR*) (Hobfoll, 1989; Hobfoll & Shirom, 1993), nós, enquanto indivíduos tendemos a reter, proteger e obter recursos, que incluem categorias que vão desde as características pessoais até aos recursos energéticos, variáveis muito relevantes para as situações de recuperação. Quando os recursos essenciais percebidos pelos indivíduos se encontram ameaçados, se perdem ou não são melhorados após um período de investimento, estamos perante situações de stresse (Hobfoll, 1989). Aplicado ao contexto laboral, esta teoria postula que situações de trabalho

desfavoráveis ameaçam os recursos pessoais (ex. o vigor, a autoestima), o que provoca stresse.

Alguns tipos de trabalho têm o potencial de ameaçar ou esgotar os recursos pessoais dos indivíduos, por exemplo, tarefas que decorrem durante muitas horas. Este funcionamento pode conduzir a um esgotamento dos recursos físicos e/ou emocionais ou a ter poucas oportunidades de contato e de investimento em fontes de apoio social fora do local de trabalho (Flaxman, Ménard, Bond & Kinman, 2012).

O descanso laboral pode apoiar o desenvolvimento de novas fontes de investimento que se repercutem no ganho de recursos ou para compensar o esgotamento de outros meios (Davidson et al., 2010; Hobfoll, 1989). De acordo com o presente modelo, se não existir reabastecimento de recursos poderá conduzir a uma perda dos mesmos, originando estados de *burnout* e outras queixas crónicas (Eden, 2001; Hobfoll & Shirom, 1993). De forma geral, indivíduos com poucos meios estão mais vulneráveis, enquanto os que têm mais são menos vulneráveis capacitando-os mais facilmente a ganhar *endurance* (Hobfoll, 2001).

O bem-estar no trabalho pode também ser compreendido segundo o Modelo de Exigências-Recursos do Trabalho - *Job Demand Resources* (JDR) - (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti, Baker, Nachreiner & Schaufeli, 2001). Este modelo tem como objetivo compreender qual influência das características e do compromisso do trabalho no estado de *burnout*. Assume, de forma geral, que os recursos são os processos motivacionais mais importantes e que permitem o aumento do compromisso do indivíduo no seu trabalho (Bakker & Demerouti, 2007). Uma das hipóteses do modelo é a de que as exigências no trabalho iniciam processos de défice ao nível da saúde que podem resultar em diferentes reações de tensão, como *stresse* e bem-estar danificado, o que por sua vez conduz a resultados negativos nas organizações.

De acordo com Wegge, Van Dick, Fisher, Wecking e Moltzen (2006) existem dois fatores importantes que influenciam tanto a motivação como o bem-estar no trabalho sendo, estes, os potenciais motivadores da tarefa e da identificação com a organização. É, assim, importante perceber a influência do vínculo psicológico dos indivíduos face à organização. Tajfel e Turner (1986) falam-nos da teoria da identidade social, a qual tem como pressupostos a necessidade de os indivíduos procurarem uma autoestima positiva; parte do autoconceito do indivíduo (identidade social) é baseada no sentimento de pertença em categorias sociais e, os indivíduos

procurarem uma diferenciação nas categorias a que pertencem. Esta teoria tem sido muito utilizada nos contextos organizacionais.

Estudos (Van Knippenberg & VanSchie, 2000; Van Dick, 2004) mostram que a identificação com a organização relaciona-se de forma positiva com as atitudes e comportamentos no trabalho, como por exemplo com a satisfação no trabalho.

1.3.1. Satisfação no Trabalho.

Apesar de na atualidade a temática da satisfação com o trabalho ser considerada muito pertinente, a definição do conceito não é consensual, ocasionando o surgimento de várias abordagens teóricas que encontram especificidades na sua caracterização.

Começamos por salientar que a satisfação com o trabalho tem sido enfatizada segundo com dois olhares, isto é, dando uma importância significativa ao “estado emocional positivo ou agradável que resulta da avaliação do trabalho ou da experiência de trabalho” (Locke, 1976, p. 130) ou como a resposta afectiva do trabalhador à situação de trabalho (Alcobia, 2001; Newstrom & Davis, 1993).

Tentando descodificar o significado de estado emocional, para Alcobia (2001) as emoções originam um conjunto de avaliações e, conseqüentemente desencadeiam reações fisiológicas específicas, que podem causar sentimentos de satisfação ou insatisfação que se repercutem na forma como a pessoa vivencia o seu trabalho. A satisfação ou insatisfação têm conseqüências ao nível pessoal, interpessoal e na atividade produtiva.

Como referido acima, o conceito sobre a satisfação no trabalho não é consensual e para alguns autores (Arnold, Robertson & Cooper, 1991) pode ser definido “como uma atitude generalizada em relação ao trabalho” (Alcobia, 2001, p. 289).

Surgem, assim, várias teorias que tentam explicar este conceito, nomeadamente as que enfatizam os fatores higiénicos e motivacionais - teoria dos dois fatores – (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959), as que se debruçam sobre a importância da adaptação ao trabalho (Davis e Lofquist, 1984), as que consideram o grupo como uma referência na satisfação do trabalho e as que se centram sobre a conceptualização dinâmica de satisfação (Bruggemann, Groskurth, & Ukich, 1975).

Para operacionalizar a satisfação no trabalho foram desenvolvidos vários instrumentos de medida dos quais salientamos o *Job Diagnostic Survey* (JDS) desenvolvido por Hackman e Oldham (1976), o *Minnesota Satisfaction Questionnaire* (MSQ) criado por Weiss, Dawis, England e Lofquist (1967) e a Escala de Satisfação Profissional (ESP) desenvolvida por Lima, Vala e Monteiro (1994).

Efetivamente a criação destes instrumentos tem permitido compreender quais as variáveis que interferem na satisfação ou insatisfação do trabalho. Do ponto de vista das consequências podemos agrupar as que têm efeito positivo (desempenho profissional e a produtividade) e as que têm resultado negativo (stresse, *burnout*, desmotivação)

A satisfação no trabalho pode ser conceptualizada como um sentimento geral face ao trabalho ou como um conjunto de atitudes relacionadas sobre os vários aspetos/facetas do trabalho, nomeadamente, apreciação, comunicação, relação com colegas, condições do trabalho, natureza e organização do trabalho, políticas e procedimentos de organização, vencimentos, crescimento pessoal, segurança, supervisão, entre outros. Assim, diz respeito à forma como o indivíduo se sente face ao seu trabalho e é avaliada enquanto variável atitudinal (Spector, 1997).

É importante existir uma preocupação continuada com a satisfação do indivíduo no trabalho na medida em que esta pode ter influência direta tanto na dimensão pessoal como na organizacional. De acordo com Spector (1997) existem duas perspetivas importantes sobre a satisfação no trabalho, a denominada humanitária e a designada unitária. A primeira ressalva a importância que tem os indivíduos serem tratados de forma respeitosa e justa nos seus locais de trabalho, já que a satisfação no trabalho é, não só reflexo de um bom tratamento, como também, indicador de bem-estar emocional ou saúde psicológica. A segunda foca-se no facto de que a satisfação no trabalho desencadeia comportamentos (por parte dos indivíduos) que podem, por sua vez, influenciar a Organização (tanto de forma positiva como negativa). Por outro lado, o autor acrescenta ainda que a satisfação no trabalho de acordo com esta perspetiva pode ser um reflexo do funcionamento da própria Organização.

Considerando o efeito que a satisfação no trabalho pode ter no indivíduo e naquilo que ele produz, alguns autores estudaram as possíveis relações entre a satisfação e o desempenho no trabalho. Contudo, os resultados destes estudos (Iaffaldano & Muchinsky, 1985) mostram que as relações são modestas (0.25). No

entanto, outras investigações sugerem que estas duas variáveis se encontram inter-relacionadas. Jacobs e Solomon (1977) colocaram como hipótese que a correlação entre a satisfação e o desempenho no trabalho seria maior quando o indivíduo é recompensado por ter realizado um bom trabalho (verificou-se existirem relações fortes). Caldwell e O'Reilly (1990) sugerem que indivíduos que são mais capazes na realização dos seus trabalhos têm uma maior satisfação (contudo, é preciso ter em conta que a relação encontrada pode estar em ligação com as recompensas que são dadas ao indivíduo quando este apresenta um bom desempenho).

Um número empírico de estudos mostrou uma relação positiva entre o esforço, o comportamento e atitudes no que diz respeito ao desempenho e satisfação no trabalho, (Karatepe *et al.* 2006; Yoon *et al.* 2001).

Numa visão global do trabalho, Serra refere que “a atividade profissional pode ter aspetos positivos e negativos (...) quando um ser gosta do seu trabalho este, constitui uma fonte de motivação, de crescimento psicológico e de realização pessoal (...) igualmente pode revestir-se de aspetos negativos, ou porque a pessoa não se sente capaz de acompanhar as novas tecnologias, ou porque se sente ameaçada pela precariedade do emprego, tornados-se uma fonte de stresse” (p.473).

Considerando que a satisfação laboral está ligada com níveis de motivação implícitos ao tipo de tarefas a desempenhar, ao clima organizacional, à qualidade das relações interpessoais e às recompensas de vária ordem, abordamos seguidamente esta temática.

1.3.2. Motivação no Trabalho.

Segundo a perspectiva de Neves (2001) a motivação é definida “como o equivalente do desejo de adoptar elevados níveis de esforço com vista a alcançar objectivos organizacionais, na condição de tais esforços conduzirem à satisfação de alguma necessidade individual” (p. 260).

Algumas dos teóricos (Herzberg *et al.* 1959; Lawler & Hall, 1970; Locke, 1976) que se debruçaram sobre a motivação tiveram como objectivo compreender a vivência e o impacto de factores internos sobre a pessoa. Como é sobejamente sabido, esta tem necessidades de vária ordem desde as fisiológicas, as que envolvem a segurança e as que visam a identidade, (Maslow, 1987). Naturalmente o seu

organismo tem uma tendência para adoptar comportamentos que possibilitem a satisfação das mesmas. Os factores intrínsecos são efetivamente os motivadores da satisfação das necessidades, realidade que no contexto profissional tem o poder de aumentar a produtividade. Inversamente a falta de motivação pode ter um impacto negativo no desempenho dos trabalhadores.

Segundo McClelland referido por Neves (2001) considera a existência de “três impulsos básicos que apresentam uma grande variação entre as pessoas e as motivam para o desempenho: a *necessidade de realização*, a *necessidade de poder* e a *necessidade de afiliação*” (p. 265). O carecimento de realização suscita no trabalhador o desenvolvimento de um bom desempenho gostando de assumir a responsabilidade pelos êxitos obtidos. A necessidade de poder, prende-se com a necessidade dos sujeitos/trabalhadores em desejarem controlar e influenciar o comportamento dos outros. Deste modo, dão muita importância ao seu estatuto. A necessidade de afiliação leva os sujeitos a gostarem de cooperar, de sentirem necessidade de aprovação e de confiança. (Santos, 2007).

A motivação e a satisfação com o trabalho foram reconhecidos, em estudos efetuados de tipo meta-análise, como mediadores entre o clima psicológico e o desempenho dos sujeitos/trabalhadores (Carr, Schmidt, Ford & DeShon, 2003; Parker, Baltes, Young, Huff, Altman, Lacost & Roberts, 2003).

Outra hipótese sugere que a falta de recursos no trabalho pode inibir a capacidade do indivíduo em lidar eficazmente com as exigências no trabalho, impedindo a concretização de objetivos, resultando em sentimentos de frustração e de desmotivação (Demerouti *et al.*, 2001). Contrariamente, a existência de recursos aumenta os sentimentos de pertença na organização, o que pode levar ao aumento do compromisso com o trabalho, desencadeando estados de motivação (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2007).

Num estudo elaborado por Bidee *et al.* (2013), numa amostra com voluntários, foi apurado que o esforço de trabalho, de um ponto de vista motivacional, está ligado à motivação para o voluntariado. Os autores apoiaram-se na teoria da Auto determinação (Ryan & Deci, 2001). A amostra era constituída por 84 participantes do género masculino e 121 do género feminino, apresentando a seguinte média de idades ($M = 52,45$; $SD = 16,15$). Foi utilizada a escala de *Motivation at Work Scale-R - MAWS-R* (Gagne *et al.*, 2012), inspirada na escala *Self-Regulatory* de Ryan e Connell (1989), Vansteenkiste *et al.* (2009). Inicialmente a escala *Self-determination Theory* -

SDT (Deci & Ryan, 1985) era constituída por 21 itens.

Alguns dos autores que estudaram a motivação dividiram-na em intrínseca, extrínseca e autónoma (Gagne et al., 2010)

Um dos aspectos investigados foi o efeito da motivação do voluntariado em termos de esforço de trabalho relevante. Os resultados indicam uma ligação positiva entre motivação autónoma de voluntários e esforço de trabalho

Num outro estudo realizado por Fernet (2013) verificou-se que os funcionários mais produtivos e eficazes eram altamente motivados e, presumivelmente com boa saúde, trabalhavam com energia, produziam resultados de alta qualidade e tinham desempenho ótimo. Este estudo baseou-se também na teoria da autodeterminação - SDT - (Deci & Ryan, 2000).

Esta teoria faz uma distinção importante sobre a natureza da motivação: as pessoas podem investir-se numa atividade não apenas em graus variados (num aspeto quantificável) mas também por várias razões (num aspeto qualitativo).

Especificamente, existem duas grandes formas de motivação, autónoma e controlada, que podem afetar diferencialmente o funcionamento do bem-estar (Gagné & Deci, 2005). Muitos estudos têm defendido a presença dessas formas de motivação e seu impacto diferencial no funcionamento psicológico em diversas esferas da vida, incluindo no local de trabalho (Gagné & Deci, 2005). As múltiplas dimensões e funções de motivação no trabalho.

Foram construídas duas escalas concebidas para entender melhor a motivação numa equipa escolar. Uma, ensinando tarefas (Fernet et al., 2013) e outra, para trabalhar a função dos diretores de escolas (Fernet, 2013). Em termos práticos, estes instrumentos permitem identificar com maior precisão quais as atividades de trabalho que são mais propensas a contribuir para ganhos motivacionais (ou *deficits*), podendo dar um contributo no tipo de intervenções projetadas, tanto para os indivíduos como para as organizações.

De acordo com a *Self-determination Theory* – SDT- (Deci & Ryan, 2000), a motivação no trabalho é, em grande parte, influenciada pelo contexto social em que as pessoas trabalham.

Os resultados sugerem que os funcionários que são movidos por valores de trabalho internalizadas (motivados de forma autónoma) têm melhores defesas contra o *burnout*, pois eles ficam menos dependentes de certas contingências sociais; mostram que a autonomia de decisão age para minimizar o efeito negativo da pressão de

trabalho sobre o *burnout*, mas apenas nos funcionários que estão autonomamente motivados; a motivação dos funcionários é afetada não só pelos recursos, mas também por exigências do trabalho; simultaneamente a motivação tem consequências psicológicas positivas e negativas. Indicando, ainda, que a motivação pode ser influenciada tanto por aspectos negativos como positivos do ambiente de trabalho

Em resumo, esses estudos convergem para a ideia de que a motivação, em função da sua natureza, pode ser um fator de proteção ou vulnerabilidade para explicar os efeitos de fatores ambientais de trabalho sobre psicologia da saúde dos trabalhadores.

Embora a pesquisa sobre SDT (ex. Gagné & Deci, 2005) proponha que os estilos de gestão exercem uma poderosa influência sobre a motivação dos funcionários, os mecanismos precisos pelos quais os gestores o conseguem, são pouco claros. Por exemplo, um gerente pode “cultivar” motivação autônoma em funcionários, minimizando os obstáculos (definição de funções mais transparentes, lógicas significativas) e fornecendo acesso aos recursos da empresa mais diversificados.

Em síntese, apesar das investigações efetuadas sobre os efeitos positivos e dos preditores que podem aumentar o bem-estar subjetivo, a satisfação e a motivação no trabalho e, conseqüentemente terem um impacto positivo em contexto laboral, nem sempre as organizações/instituições têm estes aspectos em consideração.

Seguidamente iremos com mais detalhe refletir sobre os efeitos do mal-estar no trabalho, tendo em mente a globalidade da pessoa, particularmente nas dimensões fisiológicas e psicológicas que interferem na sua autorrealização e na sua forma de estar no mundo.

Capítulo II: Mal-Estar nas Organizações

2.1. Mal-estar no Trabalho: Definição Concetual

Podemos definir genericamente o conceito de “mal-estar” no trabalho como uma tensão entre o sujeito/trabalhador e as situações com que é confrontado no seu local de trabalho. Considerando que estas desencadeiam adversidades na forma de estar no mundo do trabalhador, vários sintomas podem surgir, tais como, ansiedade, depressão, desmotivação e elevados níveis de stresse. Estas manifestações têm efeitos individuais ao nível da diminuição da autorrealização, da satisfação no trabalho mas, também, introduzem repercussões na produtividade.

Numa perspetiva clínica, a Psicologia da Saúde enfatiza que o “mal” em saúde se traduz na forma como as pessoas entendem, experimentam, justificam, avaliam e respondem à sua doença (Kleineman, 1980; Pais Ribeiro, 2005), surgindo o sofrimento. Este é experienciado pelas pessoas em diferentes dimensões (no âmbito social, na identificação grupal, na relação com o *self*, com o corpo ou com a família), percecionado, por vezes, como ameaça de destruição individual (Pais Ribeiro, 2005).

Mal-estar no trabalho é referenciado na literatura das ciências do trabalho (Diniz, 2006; Veras, 2006). No entanto, o conceito propriamente dito de mal-estar no trabalho é fortemente residual em estudos e pesquisas. Assim, é com base, principalmente, na vasta produção bibliográfica sobre bem-estar que, com certos riscos interpretativos, se torna possível delinear as características do mal-estar no trabalho. A perspetiva consiste em visualizar as duas faces de uma moeda: mal-estar por oposição ao bem-estar.

Foucault (1988) refere que “em certo sentido, a contemporaneidade contribui para a existência dessas modalidades de “psicopatologias” e/ou “mal-estar”, bem como para a alienação do sujeito, que se faz inclusive no interior de certas práticas em cuidados de saúde”. Diz ainda, que o controlo sobre a vida encontra no saber médico o seu terreno mais profícuo: controlo sobre o corpo, implementação de regras de higiene, influência nos costumes e preceitos morais, planeamentos e organização do espaço público, aprendizagem de normas de comportamento e indicações de condutas

sexuais. Enfim, uma verdadeira apropriação da medicina sobre o existir humano nos mais variados sentidos (Foucault, 1988).

O traço distintivo da economia moderna é a eficiência, orientada para a maximização de resultados. Bauman (1998) considera que a globalização tem efeitos perniciosos para o trabalho, na medida em que as consequências são imprevistas e desconhecidas para os países e respectivas economias. O abandono das empresas dos padrões tradicionais (com tradição operária e social) e a valorização excessiva da tecnologia focada essencialmente na produção, arrasta um conjunto de alterações de valores que se traduzem no sentimento de desumanização das pessoas e, conseqüentemente uma baixa qualidade de vida em termos do bem-estar subjetivo. Como resultado, aumenta o clima de desconfiança entre os objetivos da organização e o propósito dos trabalhadores. Nesse contexto, a incerteza acaba por dominar o quotidiano e a instabilidade instala-se, factos que desencadeiam falta de motivação e insegurança. De certa maneira, desencadeia-se um processo de banalização que se concretiza em passividade, indiferença e resignação à injustiça e ao sofrimento. A condenação ao desemprego ou ao subemprego em geral, acompanhada pela ameaça da precarização do trabalho, mais que significar a redução ou eliminação de direitos e melhores condições de trabalho, implica o risco de se ver socialmente subjugado por um processo de exclusão que não se pode dominar. O medo, ao mesmo tempo em que desencadeia estratégias de defesa, afeta a capacidade de reflexão e de autonomia do pensamento, permitindo a adoção de valores externos sem qualquer questionamento ético ou de validade (Dejours, 2010).

Estudos realizados com professores indicam o mal estar vivenciado por estes profissionais pois cada vez mais emergem as diferenças sociais, as mudanças tecnológicas em resultado do turbilhão de inovação, as exigências do ensino e a competitividade entre pares.

Como ilustração podemos referir um estudo efectuado por Esteve, (1992, citado por Jesus et al, 2011) com uma população de professores, “O conceito de mal-estar docente pretende descrever os efeitos negativos das condições da profissão docente sobre a personalidade do professor, sendo um conceito amplo que integra conceitos mais específicos, como sejam os de insatisfação, desinvestimento, desresponsabilização, desejo de abandonar a docência, absentismo, esgotamento, ansiedade, stresse, neurose e depressão”.

Esteve (1992) refere que o conceito de mal-estar no docente é expresso através

dos efeitos negativos que lhe são causados a vários níveis, nomeadamente alterações da personalidade, insatisfação na sua atividade, podendo desencadear estados depressivos. Alguns dos autores (Esteve, 1992; Esteves & Galvan, 2006; Jesus, 1998; Jesus & Costa, 2004) que se têm debruçado sobre estas problemáticas, consideram que há interferência de fatores organizacionais que afetam diretamente o docente, tais como excesso de trabalho, gestão das necessidades e conflitos dos alunos, atendimento de encarregados de educação e poucos recursos de funcionamento. Outros, de natureza social podem ter uma ação indireta mas não deixam de criar desgaste. Foram identificados, a desvalorização do estatuto e a imagem do professor, a transferência de responsabilidades educativas da família para a escola atribuindo esses papéis ao docente, nomeadamente em virtude da transferência de funções educativas da família para a escola; culpabilização dos problemas de aprendizagem dos alunos e deficiências do sistema educativo

Também neste contexto profissional, se é confrontado com a exigência da produtividade, da eficácia e da competitividade. Para além da “transmissão do saber” confronta-se com um conjunto de problemáticas que desencadeiam frustração, desmotivação, cansaço e falta de reconhecimento.

Também para Bauman (1998) “Os mal-estares, aflições e ansiedades típicos do mundo pós-moderno resultam do género de sociedade que oferece cada vez mais liberdade individual ao preço de cada vez menos segurança” (p. 156).

Na segunda metade do século XX o tema de mal-estar e sofrimento no trabalho enfatiza-se principalmente nas situações de doença psicológica e perturbações mentais. A psicologia do trabalho tem dado um contributo importante no desenvolvimento de alternativas a esta epidemia social que transforma empresas em autênticos centros de contaminação sócio-emocional onde a doença, o absentismo e a baixa produtividade se tornam um pesadelo para as instituições e organizações, que se traduz na apresentação de baixas e de reformas antecipadas por invalidez.

No dizer de Askenay (2004), “a psicologia no trabalho, em conjunto com outras tais como a psicopatologia, a ergonomia, a medicina do trabalho, a sociologia, criou um repertório conceitual e metodológico para lidar com as desordens no trabalho”. Progressivamente foi surgindo a necessidade de criar instituições de formadores, de estruturar políticas sociais e de estratégias de gestão nos diferentes tipos de organizações, sejam públicas ou privadas. Alguns autores referem como diagnóstico comum, que as condições de trabalho causam padecimento aos

trabalhadores, um sofrimento que para além de dizer respeito ao sujeito psíquico (saúde mental), se desdobra em questões de injustiça social, de saúde pública e de bem-estar/qualidade de vida (Clot, 2010; Ehrenberg, 2010). Ou seja, mais do que ao nível psicológico, o sofrimento assume uma nova dimensão na eficácia do trabalho, levando a refletir sobre o seu valor e sua função na compreensão da subjetividade e no modo como se estruturam os laços sociais no contexto do tecido social.

Se por um lado, não existem dúvidas de que com o mal-estar no trabalho, surge um novo interesse de diversos investigadores que pesquisam e intervêm nos contextos de trabalho, por outro lado, não é comum a existência de debates sobre a natureza, as razões e implicações deste tipo de problemática.

Contudo, na perspectiva de Ehrenberg (2010) começou a surgir, na atualidade, uma necessidade de discussão sobre a forma de agir e de ações a desenvolver para colmatar problemas, dilemas e conflitos gerados por uma nova atitude de autonomia que resulta de certas transformações institucionais e normativas das sociedades ocidentais. Para o autor, o facto de certos vínculos pessoais e sociais se desfasarem, originam o aparecimento de novas patologias que têm que ser entendidas e prevenidas.

Devido ao interesse que esta temática nos suscita iremos debruçarmo-nos sobre os indicadores de mal-estar no trabalho.

2.2. Indicadores de Mal-Estar no Trabalho

A partir de uma revisão bibliográfica, iremos efetuar uma abordagem de alguns indicadores e de sintomatologia expressiva de sofrimento causada, sobretudo, pela necessidade de adaptação a novas estratégias pessoais e tecnológicas oriundas do acelerado mundo do trabalho. É evidente que quando alguém recorre a um atendimento expressando o seu “mal-estar”, encontra-se fragilizado e no seu pressuposto o “saber” do técnico de saúde ajuda-o a ultrapassar a sua problemática. Na perspectiva de Lacan, (1958/1999) o paciente, confere ao técnico (médico) um lugar de *Sujeito Suposto Saber*, neste sentido afirma que “no imaginário do paciente este médico possui o saber sobre seu desconforto, e é isto que a pessoa procura, em termos do desejo, deste profissional que o ouve, porém não o escuta, como é muito comum” (p.331). No contexto da intervenção psicológica a prática da escuta é

privilegiada tentado ajudar a pessoa em sofrimento, a encontrar uma solução, não desvalorizando, contudo, o diagnóstico.

Segundo Dejours (2010), o trabalhador estabelece uma relação afetiva com o seu próprio trabalho, na medida em que há uma entrega e um desafio para ultrapassar a realidade com que se depara no quotidiano. Quando esta relação é fonte de frustração ou de sofrimento acaba por ser experienciada de uma forma corporizada.

Tal como já foi referido anteriormente, o estudo do mal-estar no trabalho tem sido efetuado a partir da oposição sobre o que se considera serem as variáveis que contribuem para o bem-estar no trabalho, sendo enfatizadas a satisfação e o envolvimento com o trabalho, a motivação e o comprometimento afetivo. (Amaral & Siqueira, 2004; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Siqueira & Padovam, 2008).

Na perspetiva de alguns autores (Lhuillier, 2009; Ehrenberg, 2010) pode considerar-se certas causas como contribuindo de forma significativa para o surgimento de situações problemáticas no contexto laboral e, conseqüentemente causadoras de mal estar, atingindo por vezes situações de *burnout* (Maslach et al, 2001; Maslach, 2009).

Estas situações podem estar relacionadas com o tipo de condições físicas, de compensação remuneratória, de suporte social, de desafios competitivos, de tarefas com baixo impacto na autorrealização, de dinâmicas relacionais fonte de conflito, entre outras. Por exemplo, Ehrenberg (2010) refere que, por vezes, a exigência por parte da entidade patronal de atingir determinados patamares de excelência, desencadeia sentimentos de incompetência que se refletem na baixa autoestima vivenciada pelo trabalhador. Estes podem objetivar o seu sofrimento em diferentes dimensões que compõem a pessoa como um todo, isto é, ao nível de queixas físicas, de perturbações psicológicas ou de desajustamentos sociais e laborais.

No nosso estudo vamos debruçar-nos sobretudo sobre os indicadores de mal-estar que se traduzem em sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais.

Ao nível da sintomatologia física de mal-estar o sujeito pode apresentar vários tipos de queixas, nomeadamente, dores esqueleto musculares (ex. dores musculares, perturbações na coluna, cefaleias de tensão), alterações cardiovasculares (ex. taquicardia, palpitações híper/hipo tensão arterial, dor no peito), problemas respiratórios (ex. alergias, dispneias) problemas gastrointestinais (ex. dores de estômago, azia, náuseas, vômitos), problemas sexuais (ex. diminuição da libido) e

outros sintomas gerais (ex. astenia, perda ou aumento de peso, deficit imunológico), (Benevides-Pereira e Moreno-Jimenez, 2003).

No que respeita aos sintomas emocionais de mal-estar podem manifestar-se através de irritabilidade, de solidão, de tristeza, de falta de motivação, de exaustão emocional, de distanciamento afectivo, de insatisfação na realização pessoal. Podem ainda existir mudanças bruscas de humor, perda de confiança e de autoestima, perda de esperança e de sentido para a vida, percepção de excesso de responsabilidades, sentimentos de inveja, ciúme, medo, culpabilidade ou vergonha (Gil-Monte, 2003; Leiter, 1983).

Do ponto de vista cognitivo os sintomas de mal-estar expressam-se frequentemente através de dificuldade de concentração, de esquecimentos, de dificuldades em tomar decisões, de percepção de incapacidade e de inutilidade, de elevada distração e ruminação de pensamento. Também ao nível do comportamento Gil Monte et al. (2009) referem que a *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* – SQT, é uma expressão de stresse devido a dificuldades nas relações interpessoais vivenciadas no contexto laboral.

Em síntese, apresentámos de uma forma genérica, os indicadores que vários autores têm apontado como traduzindo o que os problemas de mal-estar no trabalho desencadeiam nos indivíduos. Seguidamente, e com certo detalhe, vamos debruçarmo-nos sobre a especificidade de alguns factores indicadores de mal-estar quer ao nível psicológico quer fisiológico.

2.3. – Variáveis Psicológicas Associadas ao Mal-estar no Trabalho.

A atividade ou o “trabalho”, muito cedo presente nas brincadeiras das crianças, proporciona ao homem a base para a construção da sua constituição enquanto ser individual e social (Brant & Gomez, 2008; Dejours, 1994; Engels, 1977; Oliveira, 2001).

Para Bauman (1998) e Dejours (2010) a grande massa de trabalhadores sente, como acréscimo ao mal-estar no trabalho, uma maior pressão externa, já que a única “mercadoria” que possui (a sua força de trabalho), além de muitas vezes cruelmente explorada, pode ser dispensada a qualquer momento, perante o crescente retraimento de mão-de-obra, em consequência do avanço tecnológico. Se o trabalho gera frustrações, sofrimentos e adoecimentos, a falta dele, o desemprego,

gera males iguais ou ainda maiores, tais como sentimentos de impotência, depressão, melancolia, insegurança. Sobretudo culpabilizações profundas pelo fracasso em assegurar as bases da vida (Bauman, 1998).

Ao longo da nossa experiência clínica fomos verificando que os trabalhadores com queixas de mal-estar referiam que as mais perturbadoras ao nível do desempenho na sua profissão e que ocasionavam a necessidade de recorrer a baixas clínicas e, conseqüentemente o aumento do absentismo, eram as manifestações de ansiedade, de depressão o stresse.

Considerámos que a caracterização mais pormenorizada de cada um destes estados seria uma mais-valia para a contextualização do nosso trabalho. Iremos, assim, começar pela sintoma de ansiedade.

2.3.1. A ansiedade.

A ansiedade é algo que é experienciado no quotidiano e que decorre da vivência de situações que de alguma forma representam uma inquietação, manifestando-se através de um estado emocional desconfortável. Na vida atribulada em que vivemos qualquer pessoa pode sentir ansiedade, no entanto ela pode assumir, de acordo com o seu grau e frequência, dimensões patológicas que se traduzem em sintomas e que interferem na pessoa impedindo-a de investir com normalidade na sua vida.

Segundo Paulino e Cordeiro (1986) “a par da ansiedade normal (...) e que corresponde à resposta física e mental às agressões do dia-a-dia (...) existe a ansiedade que qualitativa ou quantitativa é já uma ansiedade patológica. (...) O nível a partir do qual a ansiedade é sentida como dolorosa, dominadora e paralisante do pensamento e do comportamento é variável de pessoa para pessoa” (p. 189).

De acordo com as teorias neofreudianas (Sadock & Sadock, 2007) a ansiedade é o fator central no desenvolvimento da personalidade e, para Freud, surge como reação a uma situação de perigo, sendo remediada pelo Ego que faz algo para evitar essa situação ou afastar-se dela (Freud, 1926/1976, citado por Pisetta, 2008).

No caso da designada ansiedade patológica a pessoa vivencia sentimentos de perigo iminente, caracterizando-se por inquietação, tensão ou apreensão, habitualmente acompanhada de manifestações somáticas próprias ocorrendo, ou como uma situação aguda ou como um estado persistente e difuso que pode chegar ao pânico (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003; Sadock & A. Sadock, 2007).

Estas manifestações somáticas correspondem a uma norma característica de descarga do sistema nervoso autónomo, envolvendo alteração do padrão respiratório, aumento da frequência cardíaca, palidez, secura da boca, sudação aumentada e distúrbios músculo-esqueléticos, que envolvem tremor e sensação de fraqueza, podendo se dizer que todo o sistema orgânico, incluindo o mecanismo do orgasmo, participa na expressão da ansiedade (Sadock & A. Sadock, 2007).

É importante mencionarmos também que devemos diferenciar o estado de ansiedade do sentimento de medo, uma vez que, apesar de este último apresentar um padrão idêntico de sensações de descargas nervosas, ele resulta da reação a uma situação de perigo real ou potencial, enquanto a primeira se manifesta por antecipação a perigos futuros, indefinidos e imprevisíveis (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003; Sadock & Sadock, 2007). Ter medo (ex. medo de errar) é um sentimento comum, no entanto, quando este aspecto se torna impeditivo das pessoas tentarem realizar tarefas que lhe competem, torna-se um comportamento que levanta alguma preocupação ao funcionamento do cidadão comum.

No estudo da ansiedade, segundo autores como Telles-Correia e Barbosa (2009), existem diferenciações entre três modelos que são os seguintes: o modelo de ansiedade de Goldstein; o modelo de ansiedade/traço, que foi desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheier, na década de 60, e posteriormente por Spielberger, na década de 70, ambas do século passado; e o modelo transaccional de stresse de Lazarus, cuja inclusão vem ao encontro do que iremos referir mais adiante relativamente à confusão de conceitos que ainda persistem entre a ansiedade e stresse.

O primeiro modelo, baseia-se na hipótese da ansiedade orientada para o estímulo, a qual corresponde a uma percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre uma situação catastrófica, enquanto o segundo modelo distingue dois aspetos fundamentais de ansiedade, nomeadamente a que se refere a um estado emocional transitório (ansiedade-estado), ou como um estado mais permanente, correspondendo a um traço da personalidade (ansiedade-traço) (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A inclusão do stresse no conjunto dos distúrbios de ansiedade, nas categorizações médicas psiquiátricas, como é o caso da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID ou ICD na versão anglófona) ou da classificação norte-americana DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) da American Psychiatric Association (APA), iniciou-se precisamente na CID, com uma entidade denominada de *desajuste situacional agudo*, em 1948, evoluindo depois na 9.^a edição, em 1977 (CID-9), para a categoria de *reação aguda ao stresse*, sendo posteriormente introduzida na CID-10, a categoria *perturbação de stress pós-traumático* (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003; Kapczinski & Margis, 2003). Na DSM, esta entidade foi incluída, em 1952 (1.^a revisão, DSM-I), como *reação maciça ao stresse*, em que se excluía outras psicopatologias, tendo sido retirada na DSM-II, e somente reintroduzida, em 1980, na DSM-III com a denominação de *perturbação de stress pós-traumático*, enquanto a categoria *perturbação de stress agudo* foi introduzida na DSM-IV, em 1994, constando em todas as classificações (CID e DSM) (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003; Kapczinski & Margis, 2003).

Ainda a este respeito, é de referir que atualmente a DSM-IV-TR (texto revisto), engloba as seguintes perturbações de ansiedade (ex. agorafobia, ataque de pânico, perturbação de pânico com e sem agorafobia, agorafobia sem história de perturbação de pânico, fobia social, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade induzida por substância) (APA, 2002).

Efetivamente as vivências e as condições de trabalho que não são estáveis ou cativantes para o trabalhador podem conduzir a estes estados de ansiedade patológicos seguidos de sintomatologia depressiva e, conseqüentemente tendo repercussões na pessoa e na sua profissão.

2.3.2. A Depressão.

A depressão é uma das patologias mais antigas e mais frequentes, sendo a forma mais comum da sua manifestação o estado de tristeza. A vivência da tristeza é um sentimento comum a qualquer ser humano quando algo de relevante não corre bem; no entanto, existe um outro tipo de tristeza que tem uma *nuance* patológica e que é uma das variáveis que integram a depressão. Esta é classificada como uma perturbação do humor que leva a pessoa a perceber as suas problemáticas de uma forma catastrófica, estando muitas vezes acompanhada de um quadro de deterioração grave do funcionamento físico, emocional e social, implicando o recurso constante aos cuidados de saúde primários. (Esteves & Galvan, 2006; Sadock & Sadock, 2007; Gameiro, et al., 2008).

A APA (2002) classifica na DSM-IV-TR estas perturbações do humor da seguinte forma: perturbação depressiva major (com ou sem sintomas somáticos ou psicóticos); perturbação de distímia (ex. quando o estado depressivo se arrasta mais do que um ano ou dois); perturbação depressiva sem outra especificação; perturbações bipolares (tipo I e II, e sem outra especificação); perturbação ciclotímica (ex. quando há alterações cíclicas do humor sem que a sua intensidade permita nomeá-la como depressão bipolar); perturbação do humor devido a uma condição médica geral (ex. estado oncológico); perturbação do humor induzido por substância; e perturbação do humor sem outra especificação.

Como podemos verificar desta classificação, os sinais e sintomas da depressão são múltiplos e complexos em qualquer estágio da perturbação, existindo, no entanto, problemas diferentes em grupos etários distintos. Contudo, os sintomas mais frequentes são os seguintes: tristeza, apatia, diminuição da energia, sentimentos de auto-desvalorização ou culpa, dificuldades no pensamento, concentração na tomada de decisões, irritabilidade, perda de interesse, ideias agressivas, angústia ou ansiedade, alterações no apetite, no peso, no sono e na atividade psicomotora, como a lentificação motora ou agitação, múltiplas queixas somáticas, e planos e pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação do suicídio (APA, 2002; Esteves & Galvan, 2006; Sadock & Sadock, 2007).

O sofrimento psíquico pode manifestar-se sob a forma de depressão, tristeza ou apatia, decorrendo de qualquer acontecimento que desorganize o pensamento e que influencie este processo, como exemplo, a perda.

Do ponto de vista fenomenológico (Sadock & A. Sadock, 2007) os fenómenos associados à depressão são frequentemente indistinguíveis dos que são vistos nas reações normais de luto e de tristeza.

Freud (1996) procurou clarificar a diferença entre luto normal, que não constitui um problema psiquiátrico, e as perturbações depressivas que eram predominantemente resultantes de conflitos intrapsíquicos, podendo ter uma predisposição genética. É de referir que foi Meyer (1905) propôs o termo depressão em vez de melancolia (utilizado nesse sentido) e definiu este tipo de perturbações como reações desadaptativas ao stresse ambiental, introduzindo, assim, o conceito de reatividade na depressão (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Entre os vários modelos teóricos para explicar a depressão, segundo Telles-Correia e Barbosa (2009) sobressai o *Modelo Cognitivo da Depressão* de Beck (1979). Este modelo foi estruturada a partir da observação clínica e do trabalho experimental realizado. De acordo com esta perspectiva os afectos são secundários às cognições. O modelo é organizado em três conceitos básicos denominados (1) tríade cognitiva que consiste nos três padrões cognitivos principais típicos dos doentes depressivos com uma visão negativa de si próprio, das suas interações com o meio ambiente e com as perspectivas de futuro; (2) pensamentos automáticos que correspondem a erros sistemáticos no pensamento das pessoas deprimidas e, em conjunto, caracterizam os esquemas ou crenças centrais que correspondem a padrões cognitivos relativamente estáveis, formando a base da regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações; (3) desesperança aprendida de Seligman (2002), modelo testado com animais que foram sujeitos a situações de stresse exagerado, apresentando uma postura passiva que o autor denominou de desesperança aprendida.

Por outro lado, e de acordo com Daniel e Souza (2006), podemos encarar a depressão como um fenómeno produtor do sofrimento que integra a vida humana e daí talvez a dificuldade relatada por alguns autores em diferenciar aspetos clínicos e não-clínicos em certas formas de depressão, como a depressão major. Segundo Parker e Brotchie (2009) alguns sintomas referidos como fazendo parte da depressão e descritos nos sistemas de classificação (ex. DSM-IV-TR) não são específicos desta, mas podem ser encontrados noutros quadros tais como, as alterações do sono e do apetite, os quais, também podem ser caraterísticos da ansiedade ou do stresse.

Segundo Silva, Souza, Júnior, Canêo e Lunardelli (2009) os sintomas depressivos relacionados com o trabalho podem ser desencadeados por frustrações e

vivências angustiantes vividas no contexto laboral, sendo que os quadros de depressão ocupacional podem estar associados com a percepção que o trabalhador tem de não reconhecimento por parte de clientes, colegas, colaboradores, superiores ou grupos que integram as suas relações socioprofissionais. Como referem Silva et al. (2009) “À medida que tivermos um profundo entendimento da atividade de trabalho, haverá como compreender as vivências subjetivas dos trabalhadores e, dessa forma, surgirão possibilidades mais concretas de torná-las objectivas” (p.86).

Os problemas desencadeados nas organizações/instituições que na sua origem podem advir de causas diferentes, têm levado cada vez com mais frequência os trabalhadores a procurar ajuda medicamentosa, mesmo psiquiátrica (Brant & Minayo-Gomez, 2008), constatando-se uma progressiva baixa de autoestima. Estes sentimentos de vulnerabilidade levam a que o indivíduo se sinta envergonhado pela sua recorrência, levando-o ao isolamento. Esta psiquiatrização da tristeza pode servir também os intentos de algumas organizações na medida em que a tristeza passa, assim, a ser visto como uma doença, libertando as empresas de rever o conjunto das suas práticas e das consequências nos trabalhadores.

Um estudo realizado por Maneti e Marziale (2007) referente à problemática da depressão em enfermeiros, concluiu que relativamente aos factores causais e às suas consequências, os mais indicados relativamente aos factores causais internos eram os seguintes: o ambiente de trabalho da organização, as relações sociais e as condições de trabalho. Relativamente aos factores causais externos ao ambiente de trabalho eram enunciados, as características sociodemográficas individuais e profissionais e o apoio familiar; as consequências para o trabalhador/instituição devido ao desgaste e à tensão no trabalho, os prejuízos físicos ou mentais para a saúde, o absentismo, a insatisfação no trabalho, a qualidade na assistência prestada e a rotatividade.

Um outro estudo, realizado por Jacques e Amazarray (2006) com profissionais do sector bancário, menciona que os factores que poderão originar depressão relacionada com o trabalho são, entre outros os seguintes: decepções sucessivas em situações laborais frustrantes; perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho; exigências de desempenho cada vez mais excessivas; competição exigida originando uma ameaça permanente do posto de trabalho e que constrói a sua hierarquia dentro da organização; precariedade e despedimento.

Deste modo, parece-nos que as reflexões de Brant e Minayo-Gomez (2008) decorrentes de um estudo efetuado com trabalhadores, gestores e técnicos de saúde de uma empresa, sintetizam as conclusões destas últimas pesquisas que apresentámos. É referido pelos estes autores, a existência de profissionais de diferentes áreas, cargos e categorias profissionais dentro da empresa que se apresentam como “vítimas de injustiças, especialmente, por não se verem reconhecidos naquilo que fazem, dizem e sofrem. Independentemente das múltiplas explicações que cada um pode oferecer, fica explícito o desamparo e o abandono” (p. 667-676.)

Muitas vezes associado à questão da depressão surgem as manifestações de *burnout* que embora apresentem sintomas semelhantes têm causas distintas (Delbrouck, 2006). Para Jesus (1996, 2001), Maneti e Marziale, (2007) o *burnout* está associado a situações laborais, nomeadamente desencadeadas pelo mal-estar no trabalho. Ou seja, stressores específicos dos ambientes laborais tais como o clima ocupacional negativo, papéis ambíguos, falta de clareza entre as tarefas executadas e as expectativas, os conflitos de interesses e sobrecarga de trabalho, entre outros, contribuem para o desequilíbrio e para o stress não resolvido que leva a deterioração da saúde mental dos trabalhadores, que se manifesta por *burnout* e depressão.

Em concomitância com diferentes estudos acima referidos, Maslach e Schaufeli (1993, citado por Bakker, et al., 2000) opinam que a depressão propriamente dita é caracterizada pela generalização dos sintomas individuais relativo a todas as esferas da vida, enquanto o *burnout* se restringe, nomeadamente à esfera laboral.

De acordo com Brenninkmeyer, Van Yperen, Buunk, (2001) as pessoas com *burnout* quando comparadas com pessoas deprimidas, apresentam as seguintes características: têm uma maior vitalidade e são capazes de obter maior prazer nas atividades; raramente apresentam perda de peso, lentificação psicomotora, ou ideação suicida; quando têm sentimentos de culpa são mais realistas; não atribuem a indecisão e a inatividade à doença, mas sim à fadiga; a insónia quando surge, é frequentemente mais de tipo inicial do que terminal (ao contrário da depressão, sobretudo de cariz endógeno).

2.3.3. Stresse.

Nas últimas décadas têm existido algumas mudanças fundamentais na quantidade e na natureza do trabalho, ou seja, progressivamente tem sido dado menos importância ao excesso de trabalho físico em comparação com a relevância dada ao trabalho mental (Grint, 2001; Maslach et al. 2001). Estas ideologias têm, por sua vez, impacto nos problemas mais comuns nas sociedades ocidentais: stresse ocupacional, *burnout* e fadiga (Ranfnisdottir, Holmfridur, Gunnarsdottir & Tomasson, 2004). Segundo Semmer, Zapf e Greif (1994) o conceito de stresse relacionado com o trabalho diz respeito a um conjunto de obstáculos face à realização de tarefas como, por exemplo, a sobrecarga das mesmas, as interrupções frequentes e tarefas não claras ou ambivalentes. A partir do momento em que a pessoa aceita concretizar este tipo de obrigações, abre-se o caminho para a vivência de sintomas de stresse, na medida em que são ameaças para o que se propõe realizar e cumprir os objetivos alvitados (Cooper, Schabracq & Winnubst, 1998). Todos estes aspetos têm sido questionados relacionando-os com sintomas psicossomáticos (Semmer, Zapf & Greif, 1994; Zapf, 1989; Greiner & Leitner, 1989), os quais serão abordados mais à frente.

O termo stresse apareceu pela primeira vez no âmbito da biologia e era considerado como uma reação do organismo a uma agressão, perturbando o equilíbrio interno do organismo. “Lorsque l’organisme est confronté à une contrainte externe importante, cet équilibre peut être rompu (stress)” (Lévêque, 2001, p.65).

Posteriormente, Selye (1956) conceptualiza a designada Síndrome Geral de Adaptação, definindo-a como uma resposta não específica do organismo quando sofre uma agressão seja ela de cariz físico, químico, ou psíquico e, cujo objectivo, é o de reencontrar a homeostasia.

Para Holmes e Rahe (1967) o stresse é o resultado de uma acumulação de mudanças desejáveis ou indesejáveis na vida dos sujeitos que os faz recorrer a adaptações.

Segundo Lazarus e Folkman (1984) “le stress consisterait en une transaction entre la personne et l’environnement dans laquelle la situation est évalué par l’individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être” (Quintard, 1994, p. 46). Esta definição inclui não só os acontecimentos desencadeadores e as respostas mas também as interações contínuas denominadas de transações, entendido, assim, o sujeito com agente ativo que pode recrutar estratégias de várias dimensões da

pessoa para lidar com o stressor. É, deste, modo uma transação entre o indivíduo e o ambiente centrada nos mecanismos cognitivos e emocionais de ajustamento à situação stressante. (Billing & Moos, 1981).

Segundo Vaz Serra (1999), o stressé provoca perturbações evidentes, tais como, a ativação vegetativa e endócrina, alterações dos comportamentos e hábitos. Este pode ser causado por questões pessoais, familiares, sociais, e profissionais, sendo que a probabilidade de sofrer de stressé depende da personalidade da pessoa e do seu estado físico.

Ainda de acordo com Vaz Serra (1999) e Rowh (1989) surgem substâncias químicas no organismo durante os períodos de stressé, o caso da adrenalina e do cortisol, associadas ao aumento da ação vegetativa provocada pelas emoções, que em conjunto podem influenciar a atividade cardiovascular. Ao nível dos comportamentos também se tem constatado que consumir álcool, tomar café ou fumar entre outros, pode ser a maneira como os sujeitos atuam para diminuir as situações de stressé.

Podemos dizer que o stressé tem diversas fontes de origem e as pessoas também reagem de diferentes formas de acordo como avaliam os stressores e o impacto que estes provocam. É de considerar neste processo de reação, o tipo de ambientes sociais, as particularidades pessoais e os comportamentos envolvidos. (Cooper, Schabracq & Winnubst, 1998).

Cooper, Schabracq e Winnubst (1998) têm uma definição mais global de stressé, nomeadamente consideram que é um estado de tensão experienciado pelo indivíduo como aversivo, envolvendo estados emocionais desagradáveis, como por exemplo, ansiedade, frustração, raiva, culpa, entre outros. Por outro lado, os stressores são característicos do ambiente que podem ativar estes mesmos estados emocionais dentro de uma determinada população (Averill, 1986). O stressé não é um stressor, *per se*, já que envolve tanto emoções como avaliações positivas. Isto porque uma reavaliação de algo que foi percebido inicialmente como ameaçador, enquanto desafiante altera o potencial estado de stressé. Contudo, quando as ameaças se sobrepõem estamos perante uma situação de stressé. Permite-nos, então, concluir que o stressé relaciona-se com a antecipação ou experiénciação de objetivos frustrantes (Cropanzano, James & Citera, 1993).

Lazarus (1991) propõe o modelo Processo Transaccional de Stressé e Spielberger o modelo Estado-Traço de Stressé Ocupacional (Spieldberger, Vagg & Wasala, 2003). O primeiro é conceptualizado como um processo complexo que tem

três componentes de stressores: fontes encontradas no meio ambiente; percepção e avaliação de um stressor particular; reações emocionais que se ativam quando é avaliado como ameaçador.

O segundo modelo considera o stress ocupacional e conceptualiza-o como uma ativação entre a mente e o corpo em resultado das exigências físicas e/ou psicológicas desencadeadas. Esta avaliação vivenciada como ameaçadora, provoca a ativação de emoções como a raiva e a ansiedade e que, por sua vez, interferem no sistema nervoso autónomo. Se este estado for severo ou persistente podem ocorrer manifestações físicas, psicológicas ou comportamentais adversas. Cooper, em 1993, referiu o stress ocupacional como “um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações”. De acordo com Guimarães (2000), o stress ocupacional ocorre quando há a percepção, por parte do trabalhador, da sua incapacidade para realizar as tarefas solicitadas, provocando sofrimento, mal-estar e sentimento de incapacidade.

Segundo alguns autores quanto mais os stressores forem avaliados como ameaçadores, maior será a vivência de stress. (Cooper, Schabracq & Winnubst, 1998).

No que respeita à doença psíquica, só mais recentemente em 1980, o stress foi considerado, através da revisão do *Manual Estatístico de Diagnóstico* das doenças mentais, vulgarmente chamado de DSM – III, determinante da doença psiquiátrica. Atualmente a DSM – IV TR contém no seu eixo IV, a registar a presença de problemas psicossociais e ambientais que precipitam o agravamento e a manutenção da doença psíquica. Alguns estudos (Vaz Serra, 1999) revelam existir relação entre as situações indutoras de stress e o aparecimento dos distúrbios de pânico, que por sua vez, segundo alguns autores, se relacionam com o stress pós-traumático.

No entender de Fisher (1994) e Pereira (2004) o controlo pessoal é importante para o sujeito se envolver em diferentes situações da vida, tais como, o ambiente profissional cujo resultado poder o de “apagar” os efeitos da vida stressante através do encontro de respostas ou estratégias para lidar com as situações.

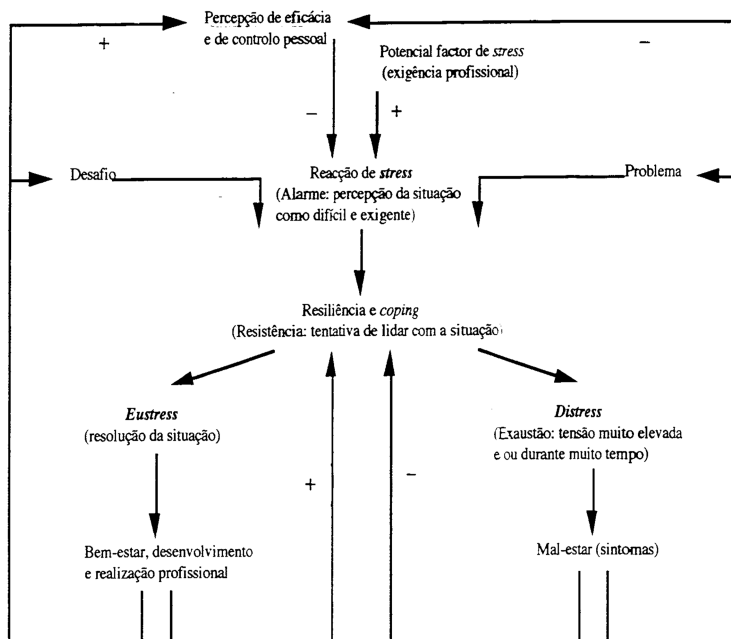
Podemos, então afirmar, que controlar todos os aspetos psicossociais do meio ambiente é uma forma de se ter saúde e bem-estar. Reduzir com sucesso os

problemas que surgem no dia-a-dia pode tornar a vida mais agradável, reduzindo o stress (Fisher, 1994).

Já vimos que o stress pode ser desencadeado pelos estilos de vida, influenciando o comportamento e, conseqüentemente, afetam as relações interpessoais, a saúde em geral, as relações interpessoais nas organizações, podendo em dados contextos profissionais alterar a qualidade dos cuidados prestados e conduzir ao stress ocupacional. Este é definido como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho.

Salientamos que, o stress não tem sempre um efeito negativo na medida em que ele é fundamental para a pessoa fazer face a situações que surgem no dia-a-dia, mantendo as defesas do nosso organismo em alerta e, por vezes, é motivador para confrontar determinadas situações que representam um desafio. Quando o organismo não consegue adaptar-se a determinadas situações e têm um efeito desorganizador, então, surge o *distresse* (“o mau stress”). Apresentamos o desenvolvimento de um ciclo e a maneira como pode ser gerida uma situação de forma construtiva ou desorganizadora.

Figura 1. Desenvolvimento de Situações de *Eustresse* e de *Distresse*



Nota. Retirado de Jesus (2000), p. 18.

Do ponto de vista psicológico enumeramos alguns dos sintomas que podem

surgir na pessoa perante a vivência de uma situação de stresse: ansiedade, inquietação, dificuldades de pensar, de tomar decisões, sentimentos de insegurança, perda de concentração, problemas em dormir, irritabilidade, mudanças de humor repentino e baixa produtividade.

Ao longo da vida a pessoa vai tentando lidar com situações stressantes através da utilização de estratégias de *coping* que são diferentes de pessoa para pessoa e variando ao longo da vida, em função de diferentes fatores.

2.3.3.1. *Stresse e Estratégias de Coping.*

Como refere Lévêque (1998) o termo *coping* vem do inglês “to cope with” que significa “fazer face a” (p. 85). O *coping* é considerado como uma estratégia que a pessoa desencadeia quando está perante uma situação stressante. Podem ser utilizados mecanismos adaptativos que lhe possibilitem readquirir o equilíbrio de forma a obter um bem estar (Coata, Somerfield & MrCrae, 1996, citados por Lévêque 1998) ou contrariamente desenvolver estratégias desadaptativas.

A história do conceito de *coping* acompanha a psicologia desde os seus primórdios, traduzindo o modo como o indivíduo gere circunstâncias adversas. Ribeiro (1995), Sul, David e Harvey (1996), identificam a investigação psicológica sobre o *coping* em três gerações: a primeira, no princípio do século, é representada pela psicanálise; a segunda geração inicia-se por volta de 1960 e está fortemente associada aos trabalhos do grupo de Lazarus; a terceira geração inicia-se em meados da década de 1990.

Na perspectiva psicanalítica é considerado um mecanismo de defesa e um traço de personalidade. Do ponto de vista conceptual os mecanismos de defesa são processos inconscientes que atuam com o objetivo de evitar os conflitos internos, tentando manter a identidade e a integridade do *eu* e diminuir a angústia. O traço de personalidade pressupõe que certas características da personalidade estão em relação com a maneira como os indivíduos se adaptam às situações stressantes. (Byrne, 1964, Miller, 1980, Mullen & Suls, 1982, Krohne, 1996)

Esta abordagem do *coping* como traço de personalidade é controversa e Folkman (1984) defende que as medidas do *coping* em termos de traço não são bons indicadores para compreender a forma como as pessoas gerem um acontecimento stressante, pois que, deve ser considerado o que o indivíduo é, mas também como ele atua.

Na posição teórica transacional o *coping* é considerado como uma transação entre a pessoa e o ambiente. Esta transação é sobretudo centrada nos mecanismos cognitivos e emocionais que ajudam a adaptação à situação stressante. (Billing & Moos, 1981).

Para alguns autores (Folkman & Lazarus, 1984; Folkman, 1986,) as estratégias de *coping* são consideradas como o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais que permitem dominar, reduzir, tolerar as questões internas ou externas e os conflitos que daí advêm. Na abordagem transacional existem três pressupostos: a avaliação primária e secundária; a avaliação dos recursos pessoais; a avaliação das características ambientais.

O consenso entre investigadores reagrupa as estratégias de *coping* em dois grandes grupos: as centradas sobre o problema e as centradas sobre as emoções. Elas podem ser utilizadas ao mesmo tempo perante uma situação stressante, pois que, não sendo independentes intervêm sucessivamente permitindo ao indivíduo responder às exigências da situação (Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1984)

As estratégias de *coping* podem ter uma função adaptativa (Epstein e Katz (1992) indo, como refere (Csikszentmihalyi, 1990), ao encontro do fluxo preconizando um certo equilíbrio entre o desafio e as competências na realização das tarefas ou, contrariamente, podem ser utilizadas negativamente tendo um efeito destruturante.

Bowling e Eschleman (2010) consideram que, determinados comportamentos com efeitos negativos nas organizações e respectivos membros, são fruto de estratégias de *coping* ineficazes provocando mal-estar individual e organizacional. Efetivamente, numa organização quanto maiores forem as condições pessoais, grupais, ambientais e de clima favorável, maior será a probabilidade de a pessoa encontrar estratégias de *coping* adaptativas para lidar com as dificuldades stressantes do quotidiano.

2.4. Variáveis Fisiológicas Associadas ao Mal-estar

Considerando a pessoa numa perspectiva biopsicossocial, podemos dizer que ela é um sistema, o qual integra em si vários subsistemas em interação constante, dando-lhe uma dimensão de totalidade. Nas palavras de Hipólito “O Humano, enquanto "ser" em atualização, encontra-se na charneira de vários universos, dimensões ou sistemas, que, através da sua interação e interpenetração, dão sentido ao seu próprio universo de significação (...)” (Hipólito, 2011, p.87).

Se por um lado, as situações de mal-estar desencadeiam perturbações ao nível psicológico, o mesmo também se verifica na dimensão biológica, aliás, é no corpo em funcionamento que está a base da existência. Em concordância com os autores que enfatizam a pessoa como totalidade (Howard, Lewis, 1988, Hipólito, 2001), iremos fazer uma reflexão sobre as reações fisiológicas do organismo que acompanham o mal-estar desencadeado por aspectos de ordem psicológica.

2.4.1. Stresse e Perturbações Cardiovasculares.

Já no século XVII o investigador William Harvey (1654) afirmava que o sangue circulava através do corpo, existindo uma relação entre as emoções e o funcionamento do coração.

Segundo alguns autores (Turner, 1994; Vaz Serra et al, 2002) uma das reações de mal-estar, especificamente, a ansiedade e o stresse introduzem alterações ao nível do sistema cardiovascular que se refletem por alterações da tensão arterial e na frequência e força da contração cardíaca.

No entender de Williams (1991, citado por Ribeiro p. 266) a “pressão arterial elevada é provavelmente o problema de saúde pública mais importante nos países desenvolvidos, - sendo comum, assintomática, facilmente detetável, normalmente controlável e frequentemente levando a complicações fatais se não for tratada”. Comumente a utilização da expressão pressão arterial (PA) quer dizer que existe uma pressão exercida pelo sangue contra as paredes das artérias. O seu valor no indivíduo saudável varia continuamente, consoante a atividade física, o stresse ou a emotividade.

A hipertensão arterial, melhor denominada de hipertensão arterial sistémica (HAS), é uma doença de origem multifatorial, geralmente assintomática, caracterizada

pela elevação dos níveis da pulsação. A sua presença aumenta o risco do desenvolvimento de complicações cardiovasculares tais, como: acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, angina do peito, insuficiência cardíaca, doenças da aorta (aneurismas e outras), retinopatia e insuficiência renal.

Nos EUA, segundo Turner (1994) a hipertensão é uma doença muito generalizada, afetando à volta de sessenta milhões de pessoas. Diz ainda “que quanto maior é a reatividade cardiovascular (frequência cardíaca, tensão arterial, débito cardíaco e resistência periférica total) que um indivíduo revela numa ocorrência indutora de stresse maior probabilidade tem de vir a desenvolver posteriormente hipertensão arterial” (Turner, 1994).

A doença coronária consiste na progressiva obstrução das artérias que irrigam o coração, por depósitos de gordura (aterosclerose), causando insuficiência coronária, em diferentes graus de isquemia, até à necrose do tecido do músculo cardíaco, podendo causar angina, enfarto agudo e morte súbita. A sintomatologia típica, a dor retrosternal denominada "angina-pectoris", pode surgir abruptamente ou de forma insidiosa e é aliviada com medicação específica. A terapêutica médica habitual consiste no tratamento clínico e em métodos invasivos, tais como a cirurgia de revascularização do miocárdio e os procedimentos hemodinâmicas, como a angioplastia e "stent".

Quando existe uma contração do músculo cardíaco (sístole) muscular a pressão calculada neste momento é chamada de pressão arterial sistólica. Contrariamente quando o músculo cardíaco se relaxa (diástole) a pressão é designado por pressão diastólica.

A pressão arterial pode ser medida a vários níveis do sistema circulatório, diminuindo a pressão à medida que o ponto de medida se afasta do coração.

O sistema circulatório está dividido em dois circuitos: um designado de grande circulação e que é consiste no envio do sangue oxigenado pela aorta e sistema arterial a todo o organismo; o outro, designado de pequena circulação, é o resultado do sangue hipo-oxigenado vindo pelo sistema venoso que é enviado pelo coração aos pulmões para oxigenação, regressando novamente ao coração.

Segundo Bohus e Koolhass (1993) a exposição a tipos diferentes de circunstâncias indutoras de stresse tem demonstrado que é muito rápida a reatividade do coração às modificações do meio ambiente, com um tempo de latência muito curto, induzindo alterações na frequência cardíaca, determinada pelo Sistema Neuro-

Vegetativo (SNV). Também Howard e Lewis (1988) afirmam que a depressão está por vezes associada à ocorrência de crises cardíacas.

Como refere Vaz Serra “o stresse pode perturbar, a nível biológico, o funcionamento de diversos órgãos e, para além destas consequências, pode alterar ainda o pensamento e o comportamento observável do indivíduo” (2002, p. 579).

Ao longo deste capítulo fizemos referência a alguns acontecimentos, nomeadamente nos contextos laborais, que são tradutores de sofrimento físico e psicológico, de frustração, de insatisfação e, por vezes, até de perda de sentido da existência.

Está sobejamente estudado que a pessoa vai desenvolvendo estratégias de adaptação (*coping*) para lidar com as controvérsias ou as problemáticas da vida. Contudo, do ponto de vista da otimização da saúde e da procura do bem-estar, existem intervenções técnicas que podem ajudar a pessoa a gerir com maior eficiência estas dificuldades tendo uma repercussão positiva a nível pessoal e laboral.

Capítulo III: Intervenção para a Saúde nas Organizações

3.1. A Importância da Saúde nas Organizações

O conceito de saúde tem implícito diferentes significados de acordo com o contexto histórico, cultural, social, organizacional e pessoal, em que os indivíduos estão inseridos. Segundo a definição da OMS (2013) "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (p.7). Efetivamente, uma atitude fundamental para o equilíbrio humano é encontrar harmonia na interação das várias dimensões da existência: pessoal, familiar, social, profissional e espiritual.

Ao nível organizacional alguns autores (Caetano, 2001) referem que a recíproca vinculação entre o trabalhador e a organização é um fator contributivo no nível da satisfação e do bem-estar pessoal e, conseqüentemente, das organizações. Esta vinculação reduz o absentismo, o desenvolvimento do *empowerment* do trabalhador, da competitividade, da eficácia e da produtividade (Hunt & Morgan, 1994).

De acordo com Meyer (1997) existem variáveis que influenciam o comprometimento organizacional, nomeadamente o ajuste ao posto de trabalho (Meglino et al., 1989), a ratificação das expectativas (Irvinge & Meyer, 1994, 1995;), o reconhecimento e a qualidade das interações entre colegas e gestores.

De acordo com o que foi referenciado sobre os aspetos importantes da saúde e bem-estar nas organizações, uma das medidas a tomar consiste não só na promoção com na prevenção da saúde.

Nesta perspetiva podem ser aplicadas intervenções técnicas com base em modelos biopsicossociais que ajudam os trabalhadores a ultrapassar um conjunto de problemáticas pessoais e interpessoais. Segundo Pais Ribeiro (1998) de acordo com a carta de Ottawa (1986) a promoção da saúde reside no facto de atualizar as competências da pessoa de modo a aumentar o controle sobre a saúde no sentido de a melhorar. Podem, então, ser considerados a adequação justa de meios económicos relativamente à execução das tarefas, o desenvolvimento de estratégias pessoais para lidar com o desgaste do quotidiano e a facilitação da aquisição de conhecimentos científicos atuais.

De acordo com o avanço da ciência e com a exigência dos padrões

económicos culturais, o stresse é uma das vivências muito presentes nos trabalhadores em geral. O recurso a estratégias de *coping* para lidar com este problema inclui aspectos do *self* (ex. resolução de problemas, autoestima positiva) que podem facilitar o sucesso da adaptação à vida stressante do contexto laboral (Compas, 1987).

Sprinthall e Collins (2008) afirmam que durante o percurso da tomada de consciência de si própria, mediada pela qualidade de interações que estabelece, a pessoa vai formando a sua identidade sedimentada no desenvolvimento moral e do *self* (Pacheco, 2002).

Um estudo efectuado por Pacheco e Jesus (2007), numa população de profissionais de saúde, concluíram que os estilos de vida têm uma influência significativa, isto é, os mais adequados “conduzem a menos *burnout* e a estratégias de *coping* mais apropriadas, permitindo lidar com as situações mais problemáticas, sem que surjam disfunções nos nossos comportamentos e na nossa saúde, indo determinar a nossa qualidade de vida” (p. 37).

A tomada de consciência da influência que estas variáveis produzem nas diferentes dimensões em que a pessoa está inserida, desencadeou uma atenção particular sobre os responsáveis das empresas no sentido de criarem condições de otimização aos profissionais que nelas trabalham, desenvolvendo técnicas de intervenção organizacional. Assim têm surgido umas mais centradas no indivíduo (ex. relaxamento) com o objectivo de adquirir uma maior consciência de si e outras mais centradas no trabalho em grupo (ex. dinâmica de grupo), com a finalidade de não só atualizar informação como também de refletir sobre a maneira de trabalhar em equipa diminuindo situações conflituais que possam surgir nas interações do grupo.

3.2. Os Grupos e a sua Dinâmica

O interesse sobre o funcionamento do grupo já vem desde Platão e de Aristóteles. No entanto, só no início do século XX se começou aprofundar de uma forma sistematizada e com carácter científico a importância do grupo, considerado como um organismo, nos diferentes contextos da vida do Humano (família, trabalho, cidadania, organização social/cultural). Salientam-se autores como Durkheim (1898)

que estudou grupos específicos como “a família, a escola e o sindicato” (Maisonneuve, 1967, p. 14) e, segundo este mesmo autor, Freud também dedicou algum dos seu estudo sobre a psicologia colectiva.

No âmbito da psicoterapia de grupo sublinhamos Moreno (1953) que para além de ser considerado o “pai” do psicodrama, desenvolveu também uma sociologia dos grupos criando um instrumento de avaliação designado de método sociométrico. A ciência da sociometria “elle essaie entre autres de déterminer la structure du groupe, le choix des patients qui se prêtent au traitement, les syndromes caractéristique du groupe et de trouver des méthodes permettant de traiter avec succès groupes et individus” (Moreno, 1965/ 1987, p. 2).

Nesta abordagem histórica não podemos deixar de mencionar um outro autor Sheriff (1936) que também se interessou pela organização e pelas regras que sedimentam o funcionamento dos grupos no que concerne à relação entre o individual e o grupal.

Lewin, juntamente com outros investigadores (Lewin, Lippitt & White, 1939) preocuparam-se com o funcionamento dos processos intergrupais, nomeadamente ao nível da liderança e do tipo de impacto que o clima grupal pode ter no desenrolar das interações e da sua coesão no grupo (Álvaro & Garrido, 2006). Lewin é referido como sendo o primeiro a considerar que era útil o desenvolvimento de capacidades nas relações interpessoais e o primeiro grupo efectuado com este objectivo, foi designado de *T-group*. Em 1944, teve o convite para formar o centro de investigação em *Dinâmica de Grupo* no *Massachusetts Institute of Technology* (MIT). Posteriormente, foi convidado como diretor executivo para o *Connecticut Interracial Commission* com o objectivo de treinar os líderes a gerir as tensões intergrupais nas comunidades.

A importância dos pequenos grupos (*t-grupos*) sublinhado por Lewin para a melhoria do funcionamento das organizações teve uma aplicação concreta e foi vivenciada por milhares de executivos em organizações, tais como Westinghouse, Eastman Kodak, IBM, General Electric, Eli Lilly, Monsanto, Pillsbury, Boeing, Maytag. O impacto do seu trabalho foi bastante divulgado em jornais de negócios, revistas científicas e livros (Back, 1972; Glueck, 1968; Marrow, 1964 & Poppy, 1968) como sendo pioneiro na intervenção comportamental no âmbito da psicologia social e das organizações. Apesar disso, hoje em dia, esta experiência é quase que desconhecida dos atuais atores que intervêm nas organizações, tendo sido substituídas

por formas mais estruturadas, propondo programas com o objectivo de avaliar os preditores de bem estar ou mal estar profissional.

Concomitantemente com estes estudos, Rogers (1951) interessou-se principalmente pelo funcionamento dos pequenos grupos centrados na relação, nos quais era proposto a existência de um líder ou “facilitador” que tinha como objectivo criar um clima de diálogo que possibilitasse a cada membro participar sem se sentir coagido ou oprimido na expressão do que sentia em relação a si e aos outros, no sentido estruturante e maturativo. Este autor, tal como outros (ex. Maslow e May) integram-se na designada corrente da Psicologia Humanista (Rogers, 1979).

Entre os anos 50 e 60, surgiram mais autores, tais como, Asch (1952) e Festinger (1954) que, não descorando o trabalho de Lewin, exploraram a necessidade que as pessoas sentem em analisar as suas competências comparando-se com outros sujeitos que estão em situações comuns, relevando deste modo a importância que o trabalho de grupo representa na organização da sociedade e no desenvolvimento do trabalho.

Efetivamente Moura, Leader, Pelletier e Abrams (2009) a partir das investigações realizadas concluíram que o estudo sobre os processo de grupo continua a ter pertinência no âmbito das pesquisas psicossociais.

O grupo para Mortensen (2004) faz parte da condição de ser humano e passa pelo sentimento de pertença e de adesão a uma ideia, posição ou tendência partilhada entre os elementos que o compõem. Peterson, Park e Sweeney (2008) referem ser ‘os outros’, os grupos onde nos movemos e existimos, o que mais dá valor à vida.

Apesar de não haver consenso sobre qual é o número de elementos a partir do qual se pode considerar um grupo, há quem afirme que o tamanho do grupo é medido pelo número de elementos que nele trabalham a tempo integral, o que pode ir de dois elementos a mais de vinte (George & Jones, 2002). Quanto maior for o tamanho do grupo, menor é a interação entre os seus elementos, dificultando a partilha de informação e a relação interpessoal. Esta variável pode induzir alguma desmotivação no grupo e os elementos podem encontrar mais dificuldades, contrariamente ao que é vivido em grupos mais pequenos.

A este propósito, Cummings (2004) estuda 182 grupos de trabalho numa empresa de telecomunicações da Fortune 500, com diversidade estrutural (em termos de localização, função, unidade de negócio e chefia) e verifica que a maior

existência de diversidade torna mais forte o desempenho do grupo e mais coesos os seus recursos de informação externos. A diversidade dos elementos no grupo é uma fonte de enriquecimento no que concerne ao conhecimento traduzido do exterior para o interior. Parece existir uma tendência nos grupos para a conformidade dos seus elementos constatando-se também uma tendência para uma autorregulação (Brehm & Mann 1961; Suppes & Krasne, 1975).

Salienta-se que a teoria da comparação social (Festinger, Schachter & Back, 1950) tem como finalidade compreender o que leva os membros de grupos informais a tentarem manter opiniões e crenças semelhantes. Festinger et al. (1950, citado por Álvaro & Garrido, 2006) referem “no caso de querermos avaliar a validade de nossas crenças, atitudes ou valores, não existem critérios objetivos externos que nos permitam realizar tal avaliação. Nesses casos, a única realidade disponível para comparar nossos julgamentos e crenças são o julgamento e crenças dos outros” (p. 167).

Um estudo efetuado por investigadores portugueses (Jesus, Santos, Stobäus & Mosquera, 2004) tinha como objetivo identificar os sintomas e potenciais fatores de mal-estar profissional de forma a encontrar meios de resolução, de desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas que ajudassem os trabalhadores a ultrapassar os problemas desencadeadores. Um dos pressupostos assentava na motivação das pessoas em conseguir substituir crenças irracionais por outras mais adequadas para si próprias (no sentido de um funcionamento cognitivo-motivacional mais conveniente). Paralelamente, é dada importância ao desenvolvimento de competências de assertividade de forma a mais facilmente ultrapassar conflitos profissionais; desenvolver estratégias para gerir sintomas físicos através de exercícios de respiração e de relaxamento; saber administrar o tempo e o trabalho em equipa; obter competências de liderança que sejam produtivas.

Do ponto de vista metodológico foram organizados exercícios de dinâmica de grupo e provas de trabalho em equipa e de perícia individual (ex. orientação, rappel, escalada e caminhada); implementação das aprendizagens na vida profissional e pessoal por cada participante. Por último, foi proposto uma autoavaliação das variáveis que são indicadoras de bem ou mal-estar e pedido um balanço da utilidade do programa para os participantes, o qual se considerou significativamente positivo. Este facto levou alguns dos autores (Jesus, 1998; Jesus, 2006; Santos, 2007) a organizarem programas de intervenção com outras populações de profissionais.

Cada vez existe uma maior consciência de que o êxito do trabalho nas organizações ou nas instituições, é proporcional com o nível de bem-estar encontrado quer do ponto de vista individual quer grupal. Vários autores têm mencionado a importância do clima organizacional na saúde e bem-estar dos trabalhadores (Csikszentmihalyi, 2006; Stone, Du & Gershon, 2007) realçando, assim, que a qualidade do ambiente de trabalho é um meio fundamental para o desenvolvimento de ações de educação para a saúde. De certa maneira, é neste espaço que o indivíduo passa grande parte do seu dia e, de acordo com determinadas perspectivas, torna-se uma mais-valia oferecer ao trabalhador a possibilidade de refletir mais amplamente sobre a sua saúde e a sua qualidade de vida (Cavalcanti, Nóbrega, Enders & Medeiros, 2008).

3.2.1. Ações de Informação e Gestão Comportamental

O trabalho tem como função essencial o provimento da satisfação das necessidades biológicas primordiais que podem ser de tipo *material* (ex. alimentação, saúde física e mental), *psicológico* (ex. afecto, sentimento de pertença, desafios,) *social* (ex. relações entre os membros do grupo) (Mauro, Muzi, Guimarães & C. Mauro, 2004) e de *autorrealização* (Stanislav Grof, 1989).

É, assim, uma atividade (o trabalho) fundamental para o desenvolvimento harmonioso das pessoas, que em conjunto com outras ações contribui para o complexo processo que é *viver*, integrando um conjunto de valores que lhes são intrínsecos. Contribui efetivamente para a aquisição de identidade e do *status*, embora também seja causa de morbidade, designadamente quando comporta factores de risco para a saúde e segurança (físicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais). Este facto torna-se mais premente quando os trabalhadores não têm meios para se proteger e, nesta circunstância, desencadeia-se o mal-estar ocupacional (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009; Murcho & Jesus, 2007).

A intervenção comportamental nas organizações com carácter de eficácia, nomeadamente através do trabalho em grupo ou em equipa, depende da correta compreensão dos participantes sobre o motivo pelo qual esta está ocorrendo e que tipo de melhorias poderão ocasionar. É importante que os responsáveis da intervenção deem a conhecer o seu objetivo, os passos a serem tomados e o que se pretende

alcançar. A confiança é o ingrediente mais importante para que os participantes do grupo adquiram um sentimento de coesão, de confiança interpares de modo a que a todos possam revelar o seu potencial. Esta deve ser trabalhada no sentido de os ajudar a observar (analisar) a agressividade, a apresentação pessoal, a auto-percepção, o bom senso, a capacidade conciliatória, a combatividade, a comunicação e a cooperação. A primeira crise que muitos grupos enfrentam, envolve justamente a capacidade dos participantes para confiar em si próprios e nos outros.

Exige da parte dos formadores uma boa preparação, cuidando da adequação da metodologia, da maneira como irão motivar a participação de cada participante. No final da intervenção, é importante fazer uma reflexão e partilha sobre a experiência obtida, ajudando os participantes a analisar a agressividade, a apresentação pessoal, a auto-percepção, o bom senso, a capacidade conciliatória, a coerência, a combatividade, a clareza na comunicação, a cooperação, a experiência, a capacidade de liderança e a motivação. Este movimento ajuda a criar no grupo um clima positivo e aperfeiçoar o relacionamento entre os membros de uma equipa, aspectos que se traduzem na qualidade de produtividade.

Desde Lewin (1993) que o papel da liderança assume uma posição de relevo no funcionamento dos grupos, identificando o autor três estilos de liderança: autocrática, democrática e *laisser-faire*.

Gordon (1998) postula que perante uma liderança autoritária, os grupos têm resistência a evoluir para processos produtivos e acabam por se apegar ao seu funcionamento habitual, verificando-se uma pressão normativa do grupo no sentido antagónico a esse tipo de liderança. Deste modo, é conveniente introduzir novas metodologias que ajudem a contribuir para um melhor desempenho no trabalho no sentido de que este não seja efetuado de forma arbitrária, mas sim de uma maneira consensual e cooperante.

Ainda segundo o autor supra referido é importante que os líderes se esforcem para formar uma equipa. Tal acontecerá se este se empenhar no seu desenvolvimento pessoal, se houver uma menor dependência dos membros da equipa em relação a si, uma maior identificação com os objectivos do grupo, uma tendência para diminuir as barreiras hierárquicas, uma comunicação honesta e a promoção da oportunidade de satisfação das necessidades dos membros da equipa.

Numa meta análise efetuada por alguns autores (Burke, Stagl, Klein, Goodwin, Salas & Halpin, 2006) sobre o impacto da liderança nas equipas e o

desempenho das mesmas, é demonstrado que o líder é responsável pela variância do desempenho das equipas entre 4% e 31%. Referem que tanto os comportamentos de liderança para a tarefa como os de liderança para com a pessoa, encontram correlação com o desempenho.

De acordo com Ayoko e Callan (2009) o papel do líder é essencial para que a equipa atinja os objectivos propostos. Perspetiva semelhante é defendida por Kets De Vries (2005) que destaca o líder pelo seu papel de desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores, bem como da criação de condições para que estes sintam a pertença e o sentido de bem-estar face à organização.

O trabalho em grupo, quando a equipa é coesa, é um factor de desenvolvimento de *empowerment* dos colaboradores da empresa mesmo quando a relação com o líder não é positiva e, desta forma os efeitos negativos são minimizados (Harris, Wheeler, & Kacmar, 2009).

Num estudo efectuado por Chen, Kanfer, DeShon, Mathieu e Kozlowski (2009) sobre a motivação e o desempenho é referido do que mais do que a motivação individual, a motivação ao nível da equipa é responsável pela variância do desempenho individual. Nesta mesma perspectiva situam-se Peterson, Park e Sweney (2008), que consideram as intervenções em grupo mais eficazes e apresentam um maior impacto do que as individuais.

Csikszentmihalyi (1996), psicólogo, interessou-se pelo desenvolvimento da criatividade. Na sua perspetiva o autor recusa, de certa forma, que a criatividade não se desenvolve no isolamento mas, contrariamente, ela resulta da interação complexa entre as pessoas e o contexto sócio cultural onde se inserem. Csikszentmihalyi (1996, referido por Butler-Bowdon, 2010) diz que “les vraies personnes créatives travaillant pour l’amour du travail; les éventuelles découvertes et la célébrité viennent en prime. Ce qui les motive, ce ne sont pas tellement les prix et les marques de reconnaissance, c’est avant tout le désir de trouver ou de créer un ordre là où il n’y en avait pas” (p.110).

Parece ser consensual através da investigação, decorrida ao longo da história, que as intervenções de formação ou centradas no desenvolvimento de condutas de bem-estar através da utilização da dinâmica do funcionamento grupal, são uma mais-valia da motivação dos trabalhadores com impacto nos aspetos de produtividade no tecido empresarial. Várias técnicas têm sido aplicadas em empresas com o objetivo da promoção da saúde, entre elas salienta-se o relaxamento.

3.3. Relaxamento

3.3.1. Abordagem histórica

Muito antes da era cristã, o yoga vinculado à cultura budista, integra a técnica psicofisiológica e a prática mística numa "união consigo próprio pela aplicação densa e tenaz da vitalidade consciente sobre uma parte do corpo" (Lemaire, 1964, p.15).

Segundo Maran (1941), "A sua prática é tão antiga quanto a existência do Ser, expressa em várias formas e técnicas, tendo a sua origem no Oriente. Por exemplo, a filosofia do Yoga, existe há seis mil anos e a sua prática é considerada um método de desenvolvimento físico, mental e espiritual" (p. 21).

O Yoga cuja tradução é "união", quando praticada promove uma forma de relaxamento e, segundo Molinero (s.d.) permite um ritmo de harmonia total do organismo (ex. melhor equilíbrio no sistema músculo-esquelético, no funcionamento do sistema nervoso e na reeducação da respiração abdominal) .

Segundo Hipólito "no ocidente cristão, os monges ortodoxos do monte Athos desenvolveram também práticas de concentração mental e de controlo da respiração" (2011,p. 88) em busca de uma quietude cardíaca e disciplina das faculdades mentais. O relaxamento, que essencialmente passa pelo contacto pelo próprio corpo, é uma técnica que, de modo geral, induz a pessoa a vivenciar uma sensação de bem-estar físico e mental.

Determinados métodos utilizados no decorrer da prática do relaxamento assentam na respiração consciente, essencialmente a abdominal. Pode dizer-se que, o sistema respiratório é dirigido voluntariamente, isto é, existe uma "pilotagem voluntária" que alude à respiração consciente, tendo um papel de regulação psicológica e mental, proporcionando um estado de relaxamento. A concentração progressiva na respiração, induz na pessoa uma sensação de calma ativando o sistema nervoso parassimpático que gere a recuperação física e o bem-estar corporal. (Bjorn 2010).

Todas as técnicas de relaxamento têm como objetivo a estimulação de sensações corporais, sendo que através dos vetores psíquicos que passam pelas percepções corporais incluindo a respiração, permitem à pessoa em relaxamento descobrir-se a si própria, experienciando-se no aqui e agora.

Efetivamente, na nossa prática clínica, verifica-se que a técnica permite a integração das diferentes dimensões da pessoa – somática, psicológica e emocional –, promovendo uma melhoria no estado de vigília e permitindo que o sono seja mais profundo e descansado. Verifica-se, também, uma recarga da energia vital, do aumento da autoconfiança que se manifesta na diminuição de queixas de dor, na diminuição de ansiedade e de angústia e nos problemas digestivos normalmente relacionados com estados emocionais que podem ser conscientes ou não. No plano mental, verifica-se que favorece uma melhoria intelectual, liberta a criatividade, desenvolve a memória e concentração, e promove uma forma de pensamento positivo.

Ao longo dos tempos têm sido desenvolvidos vários métodos da prática do relaxamento. No entanto é a Schultz (1991) que é atribuído o mérito de ter desenvolvido esta prática, designada de “treino autógeno” como forma de intervenção psicoterapêutica, fundamentada em investigação.

A partir da técnica desenvolvida por este autor, outras técnicas de relaxamento foram ampliadas, nomeadamente umas inspiradas no modelo psicanalítico (Ajuriaguerra, 1959; Sapir, 1993)) outras numa perspectiva eclética assentes em filosofias orientais, (Caycedo, 1973) e ainda umas assentes em modelos humanistas (Hipólito (2011). Considerando que a vida se desenvolve por fases que tem um ritmo e um plano inerente, uma ordem interior, a personalidade só pode ser apreendida como um todo, nunca lidamos apenas com uma parte do outro, dado que tudo é vivo e processual, dinâmico, está em evolução constante, não existindo portanto qualidades ou características fixas num sentido absoluto; o organismo tem processos de autorregulação, de compensação, de reparação e cura que são a base indispensável de qualquer processo terapêutico com vista à autoafirmação.

Seguidamente vamos apresentar alguns autores e suas metodologias na aplicação da prática do relaxamento como meio, não só de descontração ou diminuição do stresse, mas também como forma descobrir e de entrar em relação com o seu corpo.

3.3.2. O Treino Autógeno de Schultz

É de salientar, de uma forma sucinta, que o designado treino autógeno de Schultz é elaborado segundo três fases: na primeira, é proposta a sintonização de repouso, sendo que o participante pode ficar na posição de cocheiro (o sujeito sentado confortavelmente, pés bem assentes no chão, coluna bem posicionada e braços colocados sobre a cadeira ou sobre as pernas) ou deitado. É proposto ao participante pelo técnico, a vivência de peso, que é induzida ao braço dominante.

A segunda fase é composta por seis etapas nas quais se convida o sujeito a vivenciar no seu corpo, o repouso – peso; sensação de calor; vivência cardíaca; repouso respiratório; concentração de calor na região do plexo solar; testa fria.

No final de cada sessão é o reencontro da tonicidade do corpo em relaxamento, propondo-se a flexão e extensão dos braços e pernas, respiração profunda e abertura dos olhos.

Esta técnica “permite também a adaptação de reações ativas de tensão sempre que a técnica seja adequada e o domínio da mesma, suficiente (Schultz, 1884/1991, p.107).

Assim sendo, para obter um bom resultado do relaxamento, é mais importante encontrar uma tensão correta do que uma “boa descontração”. Ou seja, durante a prática do relaxamento deve adotar-se uma posição que não exija esforço durante o processo.

A tensão muscular é regulada de maneira automática e involuntária, pela nossa postura corporal, mesmo em estado de relaxamento, uma parte do nosso corpo pode manter-se profundamente solto e relaxado, sem que o mental se desconecte de imagens que podem surgir, sejam elas memórias traumáticas ou não. A viagem proposta pelo relaxamento vai permitir ao cliente, conectar-se com pensamentos e memórias que surgem e que poderá vivenciar de uma forma que lhe permita observar, sem tentar controlar, podendo depois partilhar ou não com o seu terapeuta a sua vivência.

A consistência muscular é viva e tensa, mas firme e elástica e não se relaxa sem que apareça uma resistência. A esta tensão ligeira, a esta resistência chama-se tônus muscular, que é devido a uma atividade de contração, no conjunto de um número de unidades motoras que constituem o músculo.

O tónus muscular prepara o movimento, fixa a atitude, o gesto, mantendo o músculo estático e em equilíbrio. Um conjunto de estruturas nervosas intervém no seu controlo. Estas estruturas podem modificar entre si informações e reciprocamente a sua intervenção adequada para excitar mais ou menos o movimento muscular.

A psicanálise, primeiro através de Ajuriaguerra (1980), integrou o relaxamento como método terapêutico, enriquecendo-o com a elaboração e utilização no tratamento dos aspectos relacionais. Este incrementou a noção de *diálogo tónico* a partir de pesquisas sobre o tónus muscular no seu aspeto neuropatológico e na sua relação com a vida emocional e afetiva, desenvolvendo uma técnica centrada na "relação transferencial" médico-doente. Sapir (1960/1980), um dos grandes difusores dos grupos Balint em França, desenvolveu também, com os seus colaboradores, uma abordagem psicanalítica designada de *relaxamento de indução variável (RVI)*.

3.3.3. O Relaxamento na Perspetiva Humanista.

O método de relaxamento proposto por Hipólito (1983) tem, aparentemente, uma estrutura inspirada em Schultz (1991) embora quando analisada em pormenor tem uma identidade própria. Segundo Hipólito (2001) “o relaxamento é o caminho para a descoberta do corpo próprio, segmento por segmento, aumentando a permeabilidade entre o mundo exterior e o mundo interior do cliente” (p. 57). A exploração é feita a partir de círculos sistematizados que progressivamente vão da parte exterior até ao interior do corpo.

Assim, o processo de relaxamento passa pelo corpo em relação, iniciando-se pela tomada de consciência das sensações ao nível da pele, músculos e articulações; progressivamente vai sendo proposta a vivência de uma sensação global, que passa pela percepção do peso do corpo, do calor, do ritmo respiratório e cardíaco, o corpo nos seus movimentos próprios, e a percepção do seu esquema corporal interno através da descontração das vísceras. Todos os sentidos internos e externos são integrados pelo cliente que ao entrar em relação do espaço exterior para o espaço interior, cria a consciência da sua evolução do esquema corporal.

O terapeuta começa por referir que se vai relaxar (utilizando a expressão “eu”) fazendo uma viagem pelo seu corpo através de um processo de indução que explicita em voz alta. Convida cada participante a acompanhá-lo e a escolher o que quiser, ou

puder, deste percurso. Pretende-se, deste modo, dar toda a liberdade ao participante no caminho da sua autodescoberta, sendo o corpo o veículo para tal.

O terapeuta, ao empenhar-se no seu próprio corpo, está não só concentrado mas também reconhecendo as suas vivências que experiencia no seu discurso corporal. Para o cliente significa uma exploração progressiva do seu corpo possibilitando-lhe escutar-se e explorar-se cada vez mais. Ao centrar-se sobre o seu corpo, tem a oportunidade de o sentir e de o "olhar", como se fosse outro a "vê-lo". Esta experiência possibilita uma compreensão empática a partir destes dois olhares que se traduzem no "para si" (olhado na sua subjetividade) e no "em si" (olhado com uma certa objetividade). Como refere Hipólito (2011) "A arte terapêutica" permite esta "diminuição da discrepância entre os dois olhares, o *em si* e o *para si*" (p.112).

No estabelecimento do diálogo interpessoal, o autor inspira-se nos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa. Mantém, assim, uma congruência consigo próprio e uma atitude de compreensão empática sustentada num cuidado incondicional positivo para com o(s) outro(s). Durante a fase da indução a sintonia passa-se através de "fisiologia partilhada" e quando ocorre a partilha entre os atores da intervenção, o terapeuta tenta compreender o outro a partir da subjetividade deste.

Nesta "viagem" cada um tem a liberdade de sentir e de escutar o que se passa no corpo ao nível das sensações, das evocações que surgem nos seus pensamentos. Quer o terapeuta quer o cliente estão receptivos a todos os aspectos do fluxo experiencial. Para além do sentir existem momentos de partilha com o terapeuta.

Neste percurso, frequentemente é vivenciado uma maior permeabilidade entre o que é vivências do passado, com expressão corporal ou não, e vivências do presente, integração de experiências passadas, muitas vezes perturbando o presente e hipotecando o futuro.

Neste diálogo verifica-se uma diminuição das discrepâncias entre o "desejado" e o "percebido", uma libertação de condicionantes para viver plenamente o presente e construir um futuro congruente consigo mesmo.

Estas vivências são próximas das descritas nas diferentes vertente do "sonho acordado" ou na rememoração do sonho e acompanhadas pelo terapeuta dentro do quadro operativo tradicional da terapia Centrada no Cliente/Pessoa, assistindo-se ao mesmo percurso terapêutico nas outras práticas terapêuticas da abordagem, dita rogeriana.

3.3.4. Perspectiva de Bjorn.

Esta perspectiva é o resultado da integração de múltiplas vivências com diferentes terapeutas e da inspiração de vários teóricos que trabalharam com a técnica do relaxamento (Schultz, 1991, Hipólito, 2001; Ajuriaguerra, 1980; Sapir, 1950; Caycedo, 1969; Jesus, 1998)

De acordo com a nossa experiência clínica consideramos que o cliente se predispõe para viajar pelo seu organismo, não sentido necessidade de ser “comandado” pelo terapeuta na autoexploração corporal, mas acompanhando-o na sua experiência (Bjorn, 2010).

Começamos a sessão de relaxamento pela diminuição do tónus muscular, a base de todo o relaxamento que se inicia pela respiração, inspirando e expirando conscientemente. Este movimento sendo automático é essencial para que os níveis de respiração se façam até ao abdómen na sua totalidade, promovendo a oxigenação de todos os órgãos. Focalizamos, assim, a nossa atenção em diferentes partes do corpo, a que damos o nome de Relaxamento Progressivo com Visualização .

Ao iniciarmos a sessão verbalizamos, “coloco-me numa posição o mais confortável possível. Entrego-me ao prazer de relaxar...escutar o meu corpo...”, o cliente faz a sua própria viagem livre de qualquer comando (ou indução manipulativa), assumindo a sua vivência e desfrutando da liberdade de ser, de agir e de sentir, podendo partilhar ou não essa vivência.

Nem todos os clientes estão preparados para esse encontro consigo, com o seu interior, como em casos clínicos onde a doença se apresenta num quadro psicótico, ou de profunda depressão.

Muitas das vezes o cliente sente mais a necessidade de expressar verbalmente o que lhe vai na alma do que entrar em contacto com pensamentos ou vivências que já o ocupam em demasiados diálogos internos. Contudo, pode expressar no decorrer de várias sessões a sua necessidade de fazer o contacto com essa parte de si que não foi ainda explorada ou compreendida.

Propomos imagens de locais ou estados lúdicos, a que chamamos *local ideal de descanso*, - “um local que é só meu, onde nada me perturba, sentindo paz, harmonia, contentamento”, o cliente pode intervir dizendo por exemplo, “sinto, imagino que estou numa praia onde o sol me aquece sem me queimar”, ou os mais jovens preferem visualizar “estou no meu quarto com um sentimento de segurança,

onde ninguém me perturba” ou “estou no meu sofá deitado(a) escuto uma música suave e relaxante”. Temos constatado que existem clientes que preferem a montanha, caminhar pela floresta, tornarem-se um ao abraçar uma árvore ou então mergulhar nas águas límpidas de um mar calmo e seguro, descrever cores de corais, peixes que se aproximam, os golfinhos que os saúdam.

As aplicações são sempre feitas por acordo com o que cliente expressa ao sentir que necessita de sossegar o pensamento, libertar imagens do quotidiano, pensamentos de um passado presente, memórias traumáticas, dor crónica ou somática. O Relaxamento tem uma infinidade de aplicações e nenhum *script* de visualização tem que ser igual. Como a base é centrada no corpo a pessoa pode passar por diferentes estágios de visualização criativa.

O importante nesta prática de Relaxamento é que as tensões do quotidiano se libertem, não se tornem crónicas, e sejam transmutadas por estados de hemóstase e aprendizagem de *coping* face às situações de distresse.

Verificámos na revisão de literatura que em estudos efetuados sobre a saúde e a doença, cerca de 90% das doenças são psicossomáticas, o que pode colocar a técnica de relaxamento em paralelo com tratamentos placebo, contudo, na nossa prática clínica temos prova de melhorias sintomáticas na redução da hipertensão arterial e redução de doenças provenientes do sistema autoimune, entre outras.

Ao trabalhar com os clientes, num estado de cooperação consciente e perfeito, o sistema vegetativo passa a ser um aliado valioso, pela capacidade em obtermos ações de tipo “*ergotropic*”, produzindo energia e conseqüentemente melhorando as funções metabólicas também designadas por energia reconstrutiva.

O efeito psicológico desta técnica vai permitir que a necessidade de oxigénio diminua ao nível do metabolismo basal. Verifica-se ainda uma diminuição do ritmo respiratório, como exemplo, referimos a condutibilidade específica do ar ao nível dos brônquios, especial para pacientes com problemas de asma.

Os resultados de aplicação da técnica de relaxamento verificam-se na continuidade deste exercício quando efetuado regularmente. O cliente passa a interiorizar este bem-estar e aplica-o em qualquer situação da sua vida no quotidiano, controlando estados de ansiedade e stresse, através da respiração consciente, sendo normal que se torne uma filosofia de vida abrindo portas a outros estágios de relaxamento que podem passar por exercícios de Meditação Transcendental, *Mindfulness*, e Yoga .

Num estudo efectuado por Bjorn (2010) o estado de relaxamento proposto começou na oitava semana da nossa gestação. Quando o bebé nasce a respiração é abdominal e por razões várias o ser humano vai restringindo a sua respiração à parte torácica, impedindo uma melhor tonificação do corpo.

Em síntese, segundo Wolffenbuttel (1950) “Numa tentativa de definição do treinamento autógeno de Schultz, eu queria dizer que – e estendo-a aos demais relaxamentos sistemáticos, que se trata de um exercício psicoplástico de atitudes expectantes, ritualístico, escalonado, que faz com que fantasias positivas se transformem realidades positivas (...)”.

Capítulo IV: Intervenção Comportamental para a Saúde: da Teoria à Prática

4.1. Estratégias de Promoção para a Saúde e Eficácia Organizacional

Os programas na área da promoção do bem-estar tiveram o seu início nos Estados Unidos (*Department of Health e Human Services*, 1993). Estes programas, conhecidos como intervenções de assistência/auxílio dos trabalhadores (EAP- *Employee Assistance Programs*) tinham como objetivo lidar com os problemas de álcool dos trabalhadores. Inicialmente, foi utilizado o grupo de autoajuda dos Alcoólicos Anônimos (Brody, 1988). No início de 1950, o foco principal não se direcionava para a saúde dos trabalhadores, mas mais para problemas de segurança. Uma década mais tarde, emergiu um aumento de interesse na área da saúde mental e física, começando a existir treinos de gestão do stresse. Nos anos 70 passa a existir mais atenção aos riscos da saúde, ao invés da promoção da saúde. Foram oferecidos os mais variados tipos de programas de saúde, desde os que possibilitavam reduzir a hipertensão, dores lombares, entre outros.

A partir dos anos 80 os programas passaram a ser desenvolvidos sem uma categoria específica para os trabalhadores, ou seja, o objetivo passa a ser a promoção de saúde e bem-estar, melhorando a segurança. Ao mesmo tempo, iniciam-se um conjunto de programas que têm objetivos mais incisivos (ex. problemas relacionados com o álcool) e outros que abrangem áreas muito mais gerais. Assim, ao longo dos anos, os programas de saúde no local de trabalho têm adquirido uma importância cada vez mais significativa pelo impacto positivo ao nível pessoal e no aumento da eficácia organizacional.

A promoção da saúde tem sido encarada como uma forma de aumentar a produtividade e reduzir os custos que provêm da doença nos trabalhadores. Assim, de forma a manter e promover a saúde e aumentar a eficácia têm sido desenvolvidos alguns programas nas organizações cujo objetivo consiste em colmatar ou diminuir estes aspetos. Segundo O'Donnell (1986) este tipo de programas podem ser implementados a três níveis:

Nível 1- Ações de conscientização que incluem sessões de triagem, posters, *flyers*, aulas educacionais. O objetivo é o de ajudar os indivíduos a refletir face às consequências de hábitos não saudáveis;

Nível 2- programas que envolvem uma mudança no estilo de vida, como por exemplo treino de *fitness*. São utilizadas técnicas de modificação de comportamentos, sensibilizando os trabalhadores sobre a mais-valia da sua participação, elucidando-os dos efeitos a longo prazo na aquisição de novos hábitos de saúde.

Nível 3- Formações com o objetivo de criar um ambiente que sustente um estilo de vida saudável promovendo equipamentos, espaço, disponibilizando comida saudável e removendo tentações não saudáveis no contexto laboral.

Segundo Antonovsky (1987) existem fatores salutogêneos (fatores que melhoram o bem-estar e a saúde) tanto no trabalho como na estrutura de personalidade do indivíduo, sendo possível identificar três características psicossociais que contribuem para o bem-estar: compreensão (o grau de informação estruturada, previsível e explicável), gestão (tipo de recursos disponíveis que vão ao encontro das exigências no trabalho) e significado (diferenças entre o que são exigências de desafios, valores, investimento e compromisso).

Na promoção da saúde têm havido contributos de diversos autores. Assim, Katzman e Smith (1989) descrevem “várias combinações de atividades iniciadas por uma companhia com o objetivo de melhorar, de forma geral, a saúde física e psicológica dos trabalhadores (p.29). Para Kizter et al. (1992), podem ser combinadas atividades de natureza ambiental educacional e organizacional, concebidas para apoiar as condutas comportamentais de saúde e bem-estar dos trabalhadores e das suas famílias .

Wolfe, Slack e Rose-Hearn (1993) definiam os programas de promoção de saúde como atividades organizacionais desenvolvidas para promover a adoção de comportamentos pessoais e práticas organizacionais facilitadoras da manutenção e/ou da melhoria do bem-estar fisiológico, mental ou social.

Segundo Cooper, Schreurs e Winnubst (1998) a possibilidade de prevenir o stresse tanto ao nível macro como médio pode ser a “criação de estruturas de trabalho claras, redução da ambiguidade e da sobrecarga de trabalho, prevenção da qualidade das tarefas, providenciar um bom apoio social” (p. 10-17).

Vários modelos teóricos sustentam a criação e a elaboração de programas para a promoção da saúde. Assim, ao nível da terapia comportamental têm sido

desenvolvidas intervenções para melhorar a gestão do stresse; programas mais focados na resolução de problemas (cursos de assertividade programas de gestão de tempo, cursos para lidar com conflitos) (Ivancevich et al., 1990).

Existem também as estratégias, designadas de experiências de mestria (Fritz & Sonnentag, 2006; Sonnentag & Fritz, 2007) que consistem na procura de atividades estimulantes e desafiantes fora do local de trabalho que permitam a aprendizagem de novas competências. Fritz e Sonnentag (2006) mostraram que elevados níveis de experiências de mestria durante, por exemplo, as férias, relacionam-se com baixos níveis de exaustão, sintomas depressivos e necessidade de recuperação. Ao mesmo tempo Sonnentag et al. (2008) demonstraram que experiências de mestria em horário pós-laboral relacionavam-se com uma ativação positiva no dia seguinte.

É também importante a existência de intervalos do trabalho como noites, fins de semana e férias, com a finalidade do indivíduo conseguir recuperar das exigências laborais e recuperar recursos pessoais. Segundo Cropley e Millward (2003) e Fritz e Sonnentag (2005) a capacidade de reparação adquirida nestes pequenos momentos proporciona o aumento do bem-estar e melhora o desempenho no trabalho nos dias seguintes. Sem estas oportunidades de recuperação o sistema psicofisiológico pode ficar num estado de ativação prolongada, aumentando o risco de doença física e/ou psicológica (Brosschot, Gerin & Thayer, 2006; Geurts & Sonnentg, 2006; Sluiter, van der Beek & Frings-Dresen, 1999).

De forma global, podemos dizer que nas políticas de saúde integradas surGIm duas abordagens, uma orientada para a organização e outra orientada para o indivíduo. Relativamente à primeira identifica-se: a estruturação de tarefas e ambiente de trabalho; a seleção dos candidatos; a orientação da carreira e aconselhamento vocacional; atividades de *coaching*; formações de gestão do stresse. No que respeita à segunda, pressupõe a realização de uma avaliação médica antes da entrevista; planeamento de carreira; estruturas de apoio em situações traumáticas; aprendizagem de gestão do stresse e de situações conflituais; sensibilização para a adoção de estilos de vida saudáveis (redução de peso, deixar de fumar, treino de *fitness*, estratégias para diminuir a pressão arterial e/ou nível de colesterol).

Outra abordagem ainda pode ser a conceptualizada pela terapia racional-emotivo e pelo treino de regulação/gestão de stresse (Meichenbaum, 1987). Existem, ainda, programas que ensinam a aliviar as experiências de tensão física, como por exemplo a realização de exercícios de relaxamento.

O relaxamento caracteriza-se por uma redução da atividade e aumento do afeto positivo (Stone, Kennedy-Noore & Neale, 1995). Pode resultar de uma escolha de tarefas que permitem relaxar o corpo e a mente como a meditação, relaxamento muscular progressivo ou pode ser uma escolha deliberada por parte do indivíduo que permite atingir o estado de relaxamento, como por exemplo, ouvir música ou ler um livro (Sonntag & Fritz, 2007).

Dos estudos realizados, os programas de saúde no trabalho normalmente pretendem reduzir os custos de doença, aumentar a produtividade e melhorar ou manter a saúde dos trabalhadores. Apenas alguns destes estudos têm sido publicados (Plante e Rodin, 1990; Shepard, 1986). Por exemplo, o estudo realizado por Katzman e Smith (1989) que constou do envio de um questionário a 550 empresas de forma a investigar quando foram efetuados programas de saúde no local de trabalho e qual o momento em que foram avaliados. Verificou-se que 98 das empresas tinham algum tipo de programa de bem-estar. Destes, apenas metade indicaram que foram realizadas sérias tentativas de avaliação dos efeitos (Erben, Frankiwiak e Wenzel, 1992; Glasgow, McCaul & Fisher, 1988).

Assim, a insuficiência parece localizar-se, sobretudo, na falta de mecanismos de avaliação e controlo dos programas existentes, e não na ausência de programas. Na sua natureza, objetivos e abrangência diversa, a panóplia de iniciativas existentes deveriam poder “amortecer” o impacto das experiências stressantes sobre os indivíduos. Nesse sentido, passamos a apresentar algumas intervenções desenvolvidas, neste âmbito.

4.2. Exemplo de Intervenções com Profissionais da Educação e da Saúde

Antes de expor o projeto de intervenção realizado no presente estudo, considerámos pertinente apresentar algumas intervenções cuja dimensão formativa se centrou na gestão do stresse e no bem-estar profissional, numa população de profissionais de Educação e da Saúde. De acordo com Lens e Jesus (1999) este tipo de profissões sujeita os atores que delas fazem parte, à vivência de situações que desencadeiam sintomas elevados de exaustão e de stresse acumulado.

A prevenção é uma das práticas mais profícuas e, nesta perspetiva, a realização de programas de formação e educação contínua que ajudem o profissional a desenvolver níveis satisfatórios de autoconfiança, vai contribuir para aumentar a

motivação e autorrealização, em consequência do progresso profissional (Jesus, Abreu & Esteve, 1995).

Um dos programas de formação contínua, desenvolvido segundo uma metodologia de investigação-ação, realizou-se ao longo de 10 sessões, num total de 30 horas, com uma amostra de 25 participantes (professores portugueses). Nove sessões pretendiam facilitar a partilha sobre condições de ordem profissional e relações interpares, informar sobre a forma como lidar com situações de stresse e autoidentificação de estratégias de *coping*, identificar crenças irracionais e sua substituição por outras mais adaptativas, e desenvolver competências de assertividade e experienciação da técnica de relaxamento.

Em cada uma das intervenções era proposta uma temática para, progressivamente, ajudar os participantes a criar um clima de confiança em si e no grupo. Na primeira sessão pretendia-se que os elementos do grupo identificassem os sintomas de mal-estar e potenciais fatores desencadeadores; na segunda sessão, o objetivo consistia na identificação e desenvolvimento de estratégias facilitadoras à eliminação dos sintomas; na terceira sessão convidava-se os participantes a experimentar desenvolver competências para prevenir e/ou superar o mal-estar através do funcionamento cognitivo; a quarta sessão era centrada sobre os aspetos de ordem física de maneira a ultrapassar o seu disfuncionamento; na quinta sessão era proposta uma aprendizagem de gestão do tempo e do trabalho em equipa; na sexta sessão era aventado o desenvolvimento da assertividade através de exercícios; na sétima sessão eram trabalhados os aspetos inerentes às competências de liderança; na oitava e nona sessões inventariaram-se e refletiram sobre a forma de lidar com questões ligadas à indisciplina ocorrida nos locais de trabalho, identificando formas de desmotivação destes comportamentos; na última sessão os participantes responderem a um questionário que pretendia avaliar o nível de bem-estar obtido (Jesus, 1998).

Os resultados obtidos revelaram-se muito significativos, no sentido de uma mais-valia ao nível da diminuição do stresse profissional e no aumento do bem-estar dos professores. (Jesus, 1996b; Jesus, Abreu, Santos & Pereira; Jesus & Conboy, 2001; Jesus & Esteve, 2000).

Com base neste programa foi elaborado um outro para profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), embora sofrendo pequenas modificações de forma a ser adaptado à população em estudo. Efetivamente este grupo de profissionais está, também, sujeito a níveis de stresse e de *burnout* bastante elevados (Serra, 1999).

Sendo a atividade de saúde (enfermeiros e médicos) assente no relacionamento em equipa (Jesus, Campos, Aliaz & Alves, 2000), foram incluídas temáticas de aprofundamento de gestão e de trabalho em grupo, assim como a distinção entre tipos de personalidade e clarificação sobre os tipos de vida saudável (Serra, 1999; Jesus, 2001; Jesus, 2002).

Este programa incluiu 11 sessões (10 sessões de 4 horas cada a uma; a décima, em contexto *outdoor*, teve a duração de 10 horas). As temáticas desenvolvidas tiveram semelhança com o programa acima descrito, com exceção da quinta sessão, na qual foram efetuados exercícios de respiração e de relaxamento. Em termos de resultados obtidos os autores (Jesus, Santos, Stobãus, Mosqueira, & Esteve, 2004) referem que houve uma diminuição das crenças irracionais e do aumento do bem-estar profissional.

Assim, considerando os resultados destes programas, e levando em conta a nossa prática clínica, a experiência de um conjunto de programas de formação que desenvolvemos com grávidas (Bjorn, et al, 2013 e os dados recolhidos durante a revisão bibliográfica, surgiu o desafio, de realizar uma investigação com trabalhadores integrados em organizações. Seguidamente, apresentamos a metodologia subjacente à nossa proposta de intervenção.

4.3. Programa de Formação da Presente Investigação

O programa de formação a desenvolver na presente investigação compreende dois momentos em cada sessão, seguindo um protocolo que seguidamente passamos a descrever.

Um dos momentos caracteriza-se por uma intervenção cognitiva, inspirada no trabalho de Jesus (1996) intitulado *Mal Estar na Profissão Docente*. Inicialmente são propostas temáticas de informação e reflexão que ajudem a pessoa a adquirir estratégias positivas no sentido de um maior bem-estar pessoal e profissional.

Do ponto de vista cognitivo abordam-se temáticas que consideramos ter um impacto formativo no grupo de trabalhadores em organizações.

No segundo momento as sessões incluem a prática do relaxamento segundo a perspectiva de Bjorn (2010)

4.3.1. Descrição das Temáticas Abordadas.

Na **1ª sessão** pretende-se, após a clarificação dos objectivos, (1) o preenchimento dos questionários que constam do estudo de modo a obter informação numa fase inicial da intervenção. (2) Medição, nos participantes, de TAD (tensão arterial diastólica), da TAS (tensão arterial sistólica) e da FC (frequência cardíaca). (3) Nesta 1ª sessão a temática introduzida designa-se “Introdução do conceito de *self*”. Enfatiza-se, no processo de autoconhecimento, a dupla perspectiva entre o *self I* (eu sou autor, eu sou sujeito ativo, ex. eu abandono) e o *self Me* (eu sou passivo, objecto do outro, ex. abandonam-me) (Rogers, (1979), Hipólito, (2011). (5) Discussão e reflexão em grupo sobre o sentido que cada um encontra na melhoria da compreensão face a si próprio e no relacionamento com os outros. (6) Sessão de relaxamento. Iniciamos com uma explicação sumária de como funciona o relaxamento e os benefícios desta prática no controle do stresse pessoal e profissional (Smith, 1994, citado por Jesus, 1996). A seguir os participantes são convidados a experienciar o *Relaxamento Progressivo com Visualização*, seguindo-se a partilha, em grupo, das vivências pessoais e da visão global da sessão. (O protocolo do relaxamento, que será igual em todas as sessões, é descrito em 4.3.2).

A **2ª Sessão** intitula-se “ciclo do contacto”. De acordo com Ribeiro (1982) “O modo como a pessoa entra em contacto consigo e com o mundo, expressa igualmente o grau de individualização, maturidade e autoentrega com que vive” (...). (1) Do ponto de vista teórico propõe-se discutir a dimensão holística da pessoa, isto é, sendo a pessoa um sistema de sistemas (Hipólito, 2011) é importante a integração estruturante de tudo o que se passa em si na relação com o mundo. Neste processo, a dimensão de entrar em contacto com as vivências de si própria – o *self organísmico* – (Rogers,1979), é fundamental para encontrar a congruência interna e, consequentemente, o aumento de um maior bem-estar. Este terá impacto ao nível pessoal e profissional. (2) Iniciamos a sessão de relaxamento (o protocolo é o mesmo em todas as sessões). Terminamos com a partilha em grupo sobre o vivido, tentando da nossa parte ter uma atitude de compreensão empática sobre o que é expresso.

A **3ª Sessão** intitula-se “utilidade das estratégias de *coping*” na forma de lidar com o stress. Selye (1956) considera que o stress está presente ao longo da vida e que é uma reação não específica do organismo permitindo à pessoa encontrar novamente a hemóstase, após a agressão sofrida. Existem fatores internos e externos que por vezes são desencadeadores de tensão física ou psicológica, propiciando estados de ansiedade e de destabilização no organismo, nomeadamente quando existe um desequilíbrio entre as solicitações e os recursos pessoais. Esta síndrome tem impacto no funcionamento individual e profissional repercutindo-se na qualidade de motivação, de bem-estar e de produtividade organizacional. Uma das formas de lidar com o stress passa pelo desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas, permitindo ao indivíduo fazer face às dificuldades pessoais e profissionais com maior eficácia e, conseqüentemente, prevenir ou diminuir situações geradoras de mal-estar.

Numa investigação realizada por (Nunes, 2001) sobre a reabilitação de indivíduos dependentes de droga, a autora refere que a intervenção efetuada permitiu-lhes desenvolver estratégias de *coping*, tendo como finalidade encontrar respostas ao desequilíbrio vivido.

Apoiando-nos em trabalhos desenvolvidos por Dunham (1992) e Jesus (1996^a) sobre as formas de resolução de problemas, consideramos formativo abordar a temática das estratégias de *coping* através da explicitação do conceito e da sua função. Estas, incluem dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais que ajudam a reduzir ou a tolerar as conflitualidades que advém de estados internos e/ou em resultado das interações com o meio envolvente (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman et al., 1986).

(1) Para além da apresentação destes conceitos é elaborada uma reflexão sobre possíveis fatores vivenciados nas organizações que são potenciadores de níveis de stress elevado. Como exemplo: a desproporção entre a produção e o salário, o excesso de trabalho acumulado à rapidez da sua execução, a dificuldade na gestão de relações entre pares e entre as hierarquias, a rotina, a ausência de espaço à criatividade e sobrecarga de trabalho. (2) Desenvolvimento da sessão de relaxamento (3) Terminamos com a partilha em grupo das vivências expressas através da viagem pelo corpo.

A **4ª Sessão** tem como título o papel do “autoconceito e da autoestima” na forma como a pessoa se situa no mundo. São várias as definições encontradas sobre o autoconceito, por exemplo, para Pajares e Miller (1994) consiste num conjunto de

crenças de autovalorização, associadas à competência percebida pelo sujeito. Na perspectiva de Sanchez e Muachco (1999) é o conjunto de atitudes que um indivíduo tem para consigo mesmo, sendo que, as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental, têm uma influência decisiva na maneira como cada um percebe os acontecimentos, os objetos e as outros no seu meio ambiente.

Para Serra (1988) a autoestima é uma das dimensões do autoconceito mais importante e com grande impacto na prática clínica. Segundo o autor, o grau de autoestima resulta da avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, associando à sua identidade sentimentos valorativos do "bom" e do "mau".

(1) A partir da apresentação destes dois conceitos é proposta a discussão, convidando-se os participantes a explorar caminhos propícios à manutenção de uma autoestima pessoal satisfatória à sua realização pessoal e profissional. (2) Iniciamos a sessão de relaxamento e terminamos com a partilha, em grupo, das vivências que cada um faz no seu percurso de exploração através do contato com o seu corpo.

A **5ª Sessão** referencia-se como “condições necessárias à construção de Bem-estar e Satisfação Profissional”. Wright (2003) baseado em estudos desenvolvido por Friedrikson (1998; 2000;2001) sobre a importância de condições dos trabalhadores realçou o papel das emoções positivas na otimização da saúde e do bem-estar, nomeadamente a felicidade, o contentamento e a alegria. Estas “(...) atuam na prevenção e tratamento de problemas psicológicos como depressão, ansiedade e stresse” (citado por Siqueira, 2009, p. ...).

Também, Santos e Gonçalves (2009) referem que, do ponto de vista psicossocial, a melhoria do clima e da cultura da instituição na qual o indivíduo trabalha, aumenta o sentimento de pertença. Assim, a empresa que investe na promoção de saúde dos seus colaboradores encontra neles uma maior motivação, melhor satisfação e aumento de produtividade. Por outro lado as relações interpessoais são mais fáceis de gerir.

(1) É proposta uma reflexão, em grupo, sobre expectativas, desejos e necessidades que os participantes têm relativamente ao seu contexto profissional. Damos abertura para a apresentação de sugestões. (2) Proposta de relaxamento sendo aberto no fim da sessão da partilha do vivenciado.

A **6ª Sessão** desenvolve-se à volta da temática sobre “Aquisição de competências na gestão do tempo”.

(1) Desenvolvimento de uma sensibilização no que se refere à importância da gestão do tempo no contexto da produtividade profissional. Enumeração de alguns dos factores que podem contribuir a este nível, nomeadamente, alvos possíveis de desperdício de tempo; a necessidade de estabelecer metas objectivas e realizáveis; o valor da eficácia do planeamento a médio e longo prazo; a importância do tempo como factor estruturante no desenvolvimento pessoal e profissional. (2) Prática do Relaxamento com a proposta de partilha da experiência do corpo em relaxamento.

A **7ª Sessão** reflexão sobre “Competências de liderança no trabalho”. “Uma equipa de trabalho autogerida é aquela em que a liderança formal se dilui. São equipas em que existem grande autonomia na gestão de recursos e nas decisões a tomar face aos seus processos e objectivos a alcançar” (Laneiro, 2012, p.59).

(1) realização de um role play com o objectivo dos participantes experienciarem algumas competências úteis à liderança eficaz. (2) Passagem à prática do Relaxamento No fim da sessão os elementos do grupo são convidados a partilhar as descobertas sentidas no seu corpo.

A **8ª Sessão** intitula-se de “Identificação e aquisição de competências de assertividade”. (1) A análise do Comportamento Assertivo baseia-se nos comportamentos humanos que derivam de três níveis de seleção: variáveis filogenéticas (história de seleção natural), variáveis ontogenéticas (história de interação com o ambiente) e cultura (contingências de reforço social mantidas por um grupo). Sendo assim, seja em uma Organização ou fora dela, os comportamentos devem ser considerados na sua interação com o ambiente, a partir consequências que produzem. Se o comportamento da chefia ou do líder tem uma consequência favorável, aumenta-se a probabilidade de que este seja visto com respeito. Liderar pessoas envolve um conjunto de comportamento que são descritos por Del Prette e Del Prette (2005) de habilidades assertivas, dentre os quais se destacam a expressão de ideias e sentimentos de agrado ou desagrado, o concordar ou discordar de opiniões, fazer e recusar pedidos, lidar com críticas, pedir mudança de comportamento, negociar interesses conflitantes, defender os próprios direitos e resistir a pressões. (2) Passagem à prática do Relaxamento No fim da sessão os elementos do grupo são convidados a partilhar as descobertas sentidas no seu corpo.

Na **9ª Sessão** é proposto uma (1) síntese do Programa de Formação efetuado e balanço da utilidade dos temas apresentados e da aplicação das técnicas de

Relaxamento aos participantes. (2) prática do relaxamento e reflexão do Grupo sobre como sentiram esta “viagem” pelo corpo.

Na **10ª Sessão** é proposta a realização de (1) partilha dos participantes e considerações sobre a utilidade do programa para o seu bem-estar profissional, salientando os aspetos mais positivos e também aspetos que deveriam ser corrigidos no futuro. Debate, considerações e conclusão de síntese do processo decorrente da intervenção realizada no decorrer das 9 sessões. (2) Medição da TAD Tensão Arterial Diastólica, TDS Tensão Arterial Sistólica, e FC Frequência Cardíaca (3). Última Sessão da técnica de Relaxamento. (4) Segunda aplicação dos instrumentos para pós-avaliação das variáveis que constituem indicadores do melhoramento dos trabalhadores (ver anexo 3);

4.3.2. Descrição do Protocolo do Relaxamento.

O outro momento, de cariz experiencial, operacionaliza-se através de uma proposta de relaxamento, tendo como objetivo proporcionar uma sensação de bem estar e de aumento do autoconhecimento através da exploração do corpo em relação. A nossa abordagem de relaxamento e protocolo apresentado, é o resultado da integração das múltiplas vivências, surgidas a partir do trabalho com vários terapeutas, tais como Hipólito (2001), Descamps, (2004), e Jesus (2010).

O percurso proposto de contato com o corpo em relação é sempre o mesmo em todas as sessões e designamo-lo por *Relaxamento Progressivo com Visualização*. Passamos a descrevê-lo: “Instalo o meu corpo confortavelmente, repousadamente; entrego-me ao prazer de relaxar, escutar o meu corpo; verifico se todo o meu corpo está bem posicionado; deitado ou sentado confortavelmente, sem qualquer tensão; focalizo a minha atenção na minha respiração calma e pausada... qualquer barulho exterior não irá perturbar o meu relaxamento...; tomo uma inspiração profunda... e expiro suavemente... repito este movimento algumas vezes... libertando tensões e pressões que existam no meu corpo físico e mental...; deixo passar os pensamentos, como se fossem nuvens no céu, ficando apenas atento (a), sem tentar modificar...; inspiro toda a energia positiva e de paz e expiro todas as tensões acumuladas; liberto-me de sentimentos de medo e ansiedade; permitindo-me sentir paz e harmonia, neste momento que é só meu, onde posso descansar meu corpo e apaziguar a minha mente...; tomo consciência do peso do meu corpo... dos seus contornos...; tomo

consciência do volume do meu corpo; tomo consciência da espessura do meu corpo; tomo consciência da posição do meu corpo em relação ao exterior a mim....; tomo consciência do calor do meu corpo... das partes que sinto mais quentes e das partes que sinto menos quentes....; tomo consciência da superfície da pele que envolve todo o meu corpo, criando a fronteira entre o meu interior e o exterior a mim; continuo a focalizar-se na minha respiração... que é agora mais calma e pausada...; começando a sentir o meu corpo em repouso, um estado de relaxamento, que estendo a todos os meus órgãos, a todas as minhas células, ao meu sistema nervoso, aos meus músculos, ligamentos, glândulas, aumentando as minhas defesas do sistema imunológico....; o meu corpo está agora mais e mais relaxado... calmo tranquilo; sinto este movimento de paz relaxamento e libertação de tensões em todo o meu corpo, internamente, do interior para a superfície da pele.

Focalizo a minha atenção na minha respiração, entregando-me ao prazer de relaxar... escutar o meu corpo desse espaço que me circunda, fazendo a ligação do meu mundo interior ao mundo exterior, estou calmo (a) tranquilo (a) e em paz; tomo consciência de todo o meu corpo em profundo repouso no local onde me encontro confortavelmente instalado (a)... Sentindo-me calmo (a) e confiante...; focalizo a minha atenção nos meus pés... na posição dos meus pés em relação ao resto do meu corpo... tomo consciência dessa parte do meu corpo que me permite mover-me caminhar calmamente, seguramente... focalizo-me nos ossos dos meus pés, nos ligamentos... nos músculos... na pele que envolve os meus pés... nos dedos dos meus pés soltando e libertando todas as tensões e pressões que existam nessa parte do meu corpo do interior para a superfície da pele... sentindo uma leve vibração e calor que me conforta e coloco essa parte do meu corpo em estado de profundo relaxamento... sinto-me cada vez mais e mais calmo (a)... relaxado (a)... tranquilo (o)...; concentro-me na minha respiração calma, pausada... e a cada inspiração e expiração sinto mais e mais fundo o meu estado de relaxamento...; focalizo a minha atenção nas pernas... na perna direita e na perna esquerda... na posição das minhas pernas em relação ao resto do corpo desde o calcanhar até ao joelho... tomando consciência dos ossos... dos ligamentos... dos músculos das minhas pernas que se distendem e relaxam... do interior para a superfície da pele, que envolve as minhas pernas... sentindo uma leve vibração e calor... e coloco essa parte do meu corpo em estado de profundo relaxamento... que será cada vez mais e mais profundo; e estendo essa sensação de calor do relaxamento à parte dos meus joelhos direito e esquerdo... focalizando a

minha atenção nos ossos, músculos e ligamentos... dos meus joelhos do interior para a superfície da pele...sentindo uma leve vibração e calor...e coloco essa parte do meu corpo em estado de profundo... profundo relaxamento... que será cada vez mais e mais profundo...; focalizo a minha atenção nas minhas coxas... direita e esquerda... na posição das minhas coxas em relação ao resto do corpo... a ligação das coxas desde os joelhos até á anca direita e esquerda... e tomo consciência dos ossos, músculos e ligamentos das minhas coxas soltando e libertando tensões e pressões acumuladas, sentindo o calor do relaxamento a processar-se do interior para a superfície da pele. Coloco essa parte do meu corpo em estado de profundo, profundo, estado de relaxamento e descanso...; os meus pés, dedos dos pés, pernas, joelhos e coxas estão agora agradavelmente pesados, soltos e libertos em profundo descanso e livres de qualquer desconforto; um sentimento de paz e liberdade envolve todo o meu corpo em repouso... estendo este sentimento... e esta sensação de relaxamento... à minha nuca. Soltando... libertando... os músculos e ligamentos do pescoço e da nuca... do interior para a superfície da pele... sentindo uma leve vibração e calor, coloco esta parte do meu corpo em estado de profundo... profundo relaxamento e descanso; tomo consciência do calor do relaxamento que se estende à parte da minha cabeça... do meu couro cabeludo... soltando e libertando todos os músculos da cabeça do interior para a superfície da pele... e coloco esta parte do meu corpo em estado de profundo estado de relaxamento e descanso... que será cada vez mais e mais profundo; focalizo agora a minha atenção na parte da minha face.. sentindo a testa lisa e fresca relaxada, calma, os músculos à volta dos meus olhos soltos e relaxados... as pálpebras... pesadas, uma sensação de sonolência e bem estar... que se estende por todos os músculos da minha face, do meu maxilar... soltando, soltando... entreabrindo os lábios... relaxando o queixo; agora em estado de profundo relaxamento, imagino, visualizo um campo de relva, um verde suave aveludado, num dia glorioso, como aqueles dias que temos no verão e um pôr o sol começa a baixar suave e calmo; o céu tem aquela sombra de azul que só nestes dias podemos desfrutar; o Sol aquece-me e nutre; escuto uma brisa suave do mover das árvores, que murmura através do verde da relva. Sinto o cheiro das flores da terra; por vezes nos campos verdejantes existem árvores e posso imaginar, ver o sol que passa através dessas árvores, reparo como a sombra lhe permite ter diferentes cores de verde, verde-escuro, verde alface, verde azeitona e posso mesmo imaginar um tom avermelhado e dourado; rebolo-me na relva como se fosse uma criança, livre e liberta, e sinto como é confortável e macia, para surpresa

minha neste movimento de imaginação, vejo um pequeno riacho mais afastado; olho à minha volta e vejo que tem uma pequena ponte ou mesmo pedras que vão ajudar-me a passar para o outro lado do riacho; agora que passei para o outro lado do campo, sinto que existe algo diferente, difícil de explicar, mas ativa a minha curiosidade, como que convidando-me a explorar este local; começo a caminhar pelo campo, é maravilhoso o sol que espreita através dos ramos das árvores, desenhando imagens na relva, apercebo-me de pequeninas flores silvestres; pássaros exóticos pequenos e coloridos acompanham os seus passos num chilrear, como que uma música de fundo que me trás uma grande serenidade e paz; continuo a caminhada embora agora o maravilhoso campo me obrigue a passar por um caminho estreito e menos confortável, penso se será altura de voltar para traz, mas a curiosidade faz-me continuar; conforme vou avançando verifico que este cenário é realmente diferente do que tinha experimentado antes. As árvores são cerradas não passa o sol o céu fechou-se, entro numa floresta cerrada, tenho que subir e descer, o chão é escorregadio, mas algo me diz que devo continuar; concentro-me na minha respiração, inspiro focalizando-se no pé direito e avanço suavemente, expiro e movimenta o pé esquerdo, inspiro e focaliza-me no pé esquerdo e avanço. A cada passo inspiro e expiro suavemente; o trilho está cada vez mais íngreme. Sinto as rochas sob os meus pés que por vezes escorregam, mas não me sinto cansado(a) faço a minha caminhada centrado na respiração; agora já sinto que saí da floresta e que é mais fácil caminhar, mas um nevoeiro denso impede-me de ver para onde me dirigir. Imagino que poderei estar perdido(a), mas continuo, calmo(a) e tranquilo(a), confiante, tenho que ir em frente; de repente, verifico que o nevoeiro desaparece, imagino que estou num planalto, onde o verde da relva se manifesta de novo, o sol brilha e o céu está incrivelmente azul. Posso olhar para trás e ver todo o caminho que percorri e como chegar aqui sem cansaço, o meu coração bate forte e calmo, ao ritmo da sua respiração pausada e tranquila; estou calmo(a), relaxado(a), sinto o meu corpo solto e sem qualquer tensão, sinto-me protegido(a) e em controlo; agora retomo a tonicidade dos meus músculos dos pés e das pernas, movimentando um pouco, estico os braços, alongando com pela manhã espreguiçando-me, tomo consciência da sala em que me encontro voltando ao meu estado de vigília, entreabrindo os olhos, sinto-me calmo(a) tranquilo(a) e em paz”.

No final do processo da indução do estado de relaxamento é proposta a partilha, em grupo, das vivências pessoais e da visão global da sessão.

Segundo Hipólito (2011) o efeito do relaxar, “da descontração experienciada à superfície e em profundidade, as sensações de descrição, depois, a experiência do peso e do calor, a integração das diferentes cinestésias e percepções de funcionamento corporal, permitem ao indivíduo viver esta desejada descontração num movimento no sentido de uma globalização e harmonia da percepção de *si mesmo* e para *si mesmo*” (p.91.).

Os efeitos psicofisiológicos do relaxamento são fundamentados por vários investigadores, já citados. Enunciamos alguns dos benefícios, nomeadamente a diminuição da intensidade dos reflexos, o registo das correntes elétricas produzidas pela tensão muscular, a dilatação dos vasos circulatorios que produzem um aumento da temperatura da pele e mudanças calóricas com o mundo exterior. A temperatura cutânea ao nível dos dedos sobe cerca de dois graus, e a temperatura central sobe um terço durante o exercício de calor.

Sabe-se que o cortisol aumenta perante situações de stresse e o nível basal aumentado e mantido parece relacionar-se com estados depressivos; o elevado parece estar relacionado com desorientação e com estados psicóticos. Um estímulo pode desencadear respostas cardiorrespiratórias, comportamentais e neura endócrinas, (Bjorn, 2010).

O volume e o peso dos braços e pernas aumentam pela dilatação das veias capilares, e está cientificamente provado que os hipertensos em estado de relaxamento diminuem a tensão arterial em cerca de 10 a 20%. Observa-se ainda uma diminuição do ritmo cardíaco, melhorando as situações de taquicardia.

Os efeitos respiratórios, centram-se na capacidade de uma melhor oxigenação do organismo, pela ampliação da respiração abdominal e torácica. O corpo em relaxamento necessita de menor consumo de energia, menos absorção de açúcar. Este estado vai proporcionar a vivência de estados que podem ser de simples repouso ou estados superiores ou modificados da consciência (Wallace & Benson, 1972).

Em síntese, sublinhamos que no decorrer da nossa prática quer a nível individual quer grupal, o relaxamento permite a “integração das diferentes dimensões da pessoa – somática, psicológica e emocional –, promovendo uma melhoria no estado de vigília e permitindo que o sono seja mais profundo e descansado (...) aumento da autoconfiança (...). No plano mental, favorece uma melhoria intelectual, liberta a criatividade, desenvolve a memória e concentração, e promove uma forma de pensamento positivo” (Schultz, 1967, p.38).

Constatando a existência de vários tipos de programas aplicados a diferentes populações no campo organizacional/institucional, apresentamos no capítulo seguinte a formulação do problema que está na base da presente investigação.

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo V: Metodologia

5.1. Apresentação do Problema

Ao longo das últimas cinco décadas tem havido um particular interesse dos investigadores (Borges & Ferreira, 2013; Bakker & Demerouti, 2013; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001; Jesus et al.; Jesus et al. ; 2000; Serra, 1999) pelo uso de técnicas de relaxamento como forma de reduzir o stresse em contexto organizacional ou junto de classes profissionais mais vulneráveis às situações que desencadeiam de mal-estar. A sua aplicação tem tido como objetivo reduzir algumas das consequências negativas que afetam o trabalho, tais como a ansiedade, a depressão, a desmotivação e a insatisfação no trabalho.

Um estudo efetuado por Brooke e Price (1989) pretendia verificar o potencial da efetividade de um programa de 12 sessões no sentido de reduzir o stresse e implementar estilos de vida saudáveis e aumentar a qualidade de vida num grupo de trabalhadoras que apresentavam um elevado nível de stresse e, conseqüentemente, um enorme absentismo no trabalho. A amostra era constituída por 100 mulheres que trabalhavam numa organização. Após a realização do programa de intervenção e formação os resultados estatísticos mostraram haver uma melhoria significativa, isto é, apresentavam índices mais baixos de stresse e uma melhoria nos comportamentos saudáveis (ex. sono, nutrição, atividade física).

Também Brito, Martins e Caroline (2013) através de um exame da literatura, apontam como benefícios para a promoção da saúde, a realização de atividades físicas, de massagens e de exercícios de relaxamento.

Com base na revisão teórica apresentada nos capítulos anteriores e nos estudos acima referidos, é consensual a ideia de que o stresse desencadeia perturbações ao nível da atividade vegetativa, endócrina e alterações de hábitos e comportamentos (Vaz Serra, 1999). A ansiedade, uma das componentes do stresse, é responsável em algumas circunstâncias, por perturbações no sistema cardiovascular que por sua vez pode desencadear sintomas depressivos associados às crises cardíacas (Howard & Lewis, 1988).

Sabemos, por outro lado, que o mal-estar vivenciado nos contextos laborais também é responsável pelo sentimento de desmotivação, de insatisfação no trabalho e de conflitualidade (Drucker, 1954; Herzberg, 1966; Lawler, 1986; Locke, 1968; McClelland, 1979; Tubbs, 1986; Vroom, 1964). Estes fatores são, também, responsáveis ou

consequência dos sintomas depressivos que levam à diminuição de produtividade e, mesmo, ao aumento do absentismo. De certa forma, consideramos que as consequências negativas acabam por ter um duplo efeito, isto é, quer a pessoa do trabalhador quer a organização são perdedores.

O cerne da nossa investigação consiste em equacionar o problema a estudar, partindo das seguintes premissas: será que uma ação concertada de momentos informativos e experienciais pode contribuir para aumentar a prevenção do desencadeamento de estados motivadores de sofrimento e mal-estar no contexto laboral? Será que um melhor conhecimento do funcionamento psico-emocional vai aumentar o bem-estar do trabalhador? Será que a entrada em contacto com o seu corpo através do relaxamento produz um efeito de descontração e de diminuição do stresse, aumentando uma maior harmonia global da pessoa? Será que uma melhor consciência das suas vivências internas, mediadas pelo corpo em relaxamento, tem impacto na relação que se estabelece consigo e com os outros, aumentando a sua autorrealização no trabalho?

5.2. Delineamento do estudo (*design*)

O delineamento do estudo apresentado pode ser considerado como um estudo quantitativo, transversal e quasi-experimental de comparação de grupos num dado momento (Almeida & Freire, 2008). Apesar da manipulação da variável independente com dois momentos de observação, antes e depois da intervenção, a não aleatorização da amostra, a não distribuição aleatória e/ou emparelhamento dos sujeitos pelos dois grupos e a não utilização do contra balanceamento no tratamento, não garante o controlo de possíveis ameaças à validade, tais como, o efeito de novidade, de contaminação experimental. Aspetos que impedem considerar o presente estudo como verdadeiramente experimental (Creswell, 2007). O estudo quasi-experimental de medidas repetidas intra-sujeitos e respectiva validação dos resultados mediante a comparação com um grupo de controlo (que serve como ponto de referência para observar as variações no GI) possui, porém, como vantagens o controlo das variáveis intervenientes dos próprios participantes (grupo de intervenção) e contornar as dificuldades derivadas da homogeneidade da variância (Coollican, 2007, Vilelas, 2009).

Coolican (2007) salienta a importância dos estudos quasi-experimentais em ciências sociais, devido à complexidade inerente ao ser humano e, por conseguinte, a dificuldade em desenvolver estudos verdadeiramente experimentais que visam o controlo de todas as variáveis, e a assunção da influência da variável independente na dependente. A fim de estudar a influência da intervenção de relaxamento em grupo, delineou-se um plano quasi-experimental, de medidas repetidas, intra-sujeitos (pré e pós-teste) em que se comparam dois grupos (comparação inter-sujeitos) não equivalentes mas com igual número de sujeitos (Carmo & Ferreira, 1998; Coolican, 2007; Jesuíno, 1986; Tuckman, 2000): o grupo 1 e o grupo 2 em dois momentos, antes e depois da intervenção, T1 e T2 respectivamente (Fig. 2)

Figura 2. Delineamento do Estudo

Grupos	T1		T2
GE	O ₁	X	O ₃
GC	O ₂		O ₄

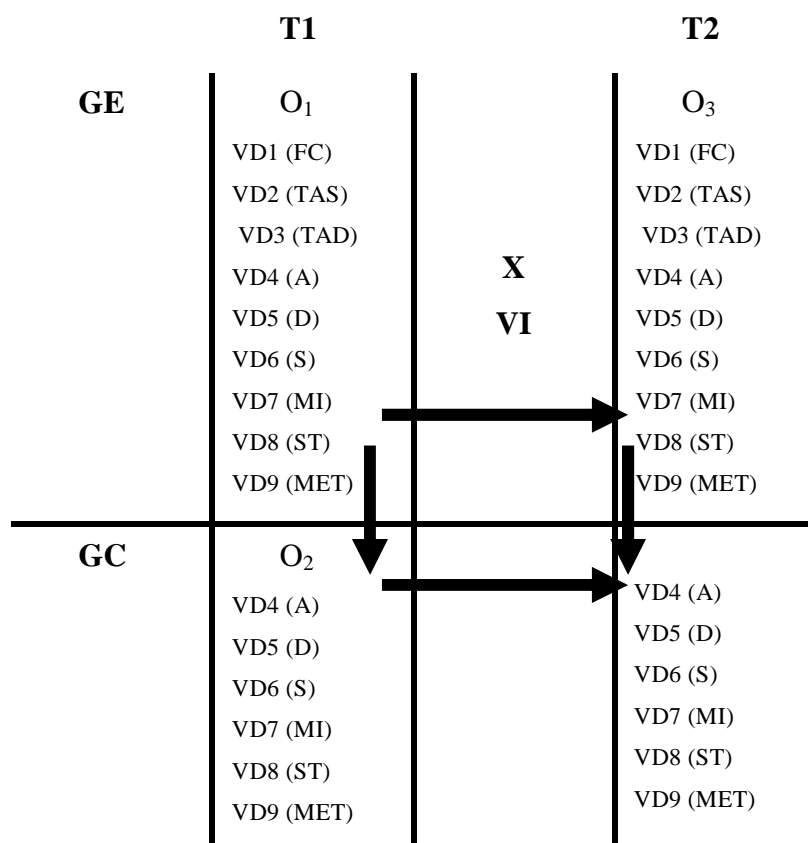
Nota: T1-Pré-teste; T2-Pós-teste; GE-Grupo sujeito à intervenção/aplicação da VI; GC-grupo não sujeito à intervenção/não aplicação da VI; O-observação/medição; X-tratamento experimental, estímulo experimental ou condição experimental (intervenção)

Apesar da amostragem por conveniência, a existência de dois momentos de observação permitem a comparação entre grupos, conferindo ao estudo o seu carácter observacional (pela medição de variáveis pré-existentes na população), comparativo e quasi-experimental (pré e pós-teste). O delineamento quasi-experimental permite a formulação de hipóteses de predição da força de influência/efeito da variável independente (intervenção com sessões de informação e de relaxamento) nas variáveis dependentes (VD1 (FC) frequência cardíaca; VD2 (TAS) tensão arterial sistólica; VD3 (TAD) tensão diastólica; VD4 (A) ansiedade; VD5 (D) depressão; VD6 (S) stresse; VD7 (ST) Satisfação com o trabalho; VD8 (MI) motivação intrínseca; VD9 (MET) (mal estar com o trabalho).

Pretendemos, desta forma, verificar os efeitos da intervenção mediante a comparação das variáveis pré e pós-teste (T1 e T2) no GI (grupo sujeito à intervenção). A

validade dos resultados será avaliada através da comparação entre grupos nos dois momentos de recolha de dados (T1 e T2), e pela comparação dos resultados do GC (grupo de controlo) em T1 e T2 (fig. 3).

Figura 3. Delineamento quasi-experimental: tratamento intra-sujeitos e inter-grupos



Nota: T1-pré-teste; T2-Pós-teste; GE-Grupo sujeito à intervenção de relaxamento; GC-grupo não sujeito à intervenção; O-observação/medição das VDs; X-tratamento experimental: intervenção

5.3. Objectivos e hipóteses

5.3.1. Objectivos de investigação.

Em termos gerais, pretende-se com esta investigação verificar se a intervenção desenvolvida em grupo, que inclui sessões de informação e reflexão sobre o funcionamento psicoafectivo e comportamental, influência de forma positiva os

indicadores fisiológicos, de depressão, ansiedade e stresse nos trabalhadores e, simultaneamente, se essa intervenção conduz a uma melhoria na motivação intrínseca, satisfação profissional e bem-estar no trabalho, dos participantes.

Especificamente, pretendemos:

- Analisar se a intervenção se associa à diminuição dos níveis de depressão, ansiedade e stresse dos participantes;
- Analisar se a intervenção se associa à redução significativa da frequência cardíaca (FC), da tensão arterial sistólica (TAS) e da tensão arterial diastólica (TAD), dos participantes;
- Analisar se a intervenção se associa ao aumento da motivação intrínseca, da satisfação profissional e do bem-estar no trabalho, dos participantes.

5.3.2. Hipóteses.

A formulação de hipóteses, tendo como ponto de partida a revisão bibliográfica e a análise do estado da arte, em termos de investigação e posterior definição de objetivos, implica a expressão, de forma explícita, das potenciais relações entre as variáveis em estudo (Vielas, 2009). As hipóteses apresentadas, consistentes com os objetivos propostos, são de índole associativa direcional, pretendendo dar resposta ao problema enunciado, i.e., verificar a influência da intervenção num conjunto de indicadores fisiológicos (diminuição dos mesmos) e psicológicos (diminuição do fatores negativos, ex. ansiedade, depressão e stresse; e aumento dos positivos, ex. satisfação com o trabalho). A confirmação das hipóteses ou a sua não confirmação (assunção da H_0), permitirá assim avaliar, concretamente, a eficácia da intervenção e sua possível pertinência enquanto ferramenta de intervenção psicossocial em contexto laboral. As hipóteses apresentadas implicam a verificação do impacto da intervenção, a variável independente (VI) manipulada/aplicada apenas aos sujeitos do grupo de intervenção (GI) mediante a comparação das variáveis dependentes em T1 e T2 (VD's), operacionalizadas mediante os *scores* dos instrumentos de medida. A comparação entre o GI e o GC (Grupo de Controlo) nos dois momentos, permite validar os resultados encontrados e a veracidade das hipóteses erguidas, nomeadamente:

H1 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam uma redução significativa da frequência cardíaca (FC), em comparação com os trabalhadores do grupo de controlo;

H2 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam uma redução significativa da tensão arterial sistólica (TAS), em comparação com os trabalhadores do grupo de controlo;

H3 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam uma redução significativa da tensão arterial diastólica (TAD), em comparação com os trabalhadores do grupo de controlo;

H4 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam uma diminuição significativa do nível de ansiedade, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo;

H5 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam uma diminuição significativa do nível de depressão, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo;

H6 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam uma diminuição significativa do nível de stresse, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo;

H7 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam um aumento significativo da satisfação profissional, quando comparados com os trabalhadores do grupo de controlo;

H8 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam um aumento significativo da motivação intrínseca, quando comparados com os trabalhadores do grupo de controlo;

H9 – Os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção apresentam uma redução significativa dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais), em comparação com os trabalhadores do grupo de controlo.

5.3.3. Identificação e operacionalização das variáveis

Segundo Vilelas, (2009), a definição das variáveis tem em consideração, o que se pretende estudar, os seus objetivos e a amostra, consistindo numa qualidade da realidade que assume diversos valores. A variável deve ser, por isso, um reflexo operacionalizável dos conceitos teóricos em estudo.

As variáveis em estudo constituem marcos fisiológicos e conceitos psicológicos que se esperam sofrer a influência da variável independente/manipulada, ou seja, a intervenção. Tratando-se este de um estudo de delineamento quasi-experimental, é possível identificar a variável manipulada pelo experimentador, isto é, a variável independente, assim como as variáveis dependentes, em que avaliamos o efeito produzido pela ação da primeira. Todas as variáveis são quantitativas, mensuráveis através de escalas intervalares de autorrelato, com a exceção dos indicadores fisiológicos observados objectivamente, isentos por isso da subjetividade e limitações inerentes aos instrumentos de autorrelato.

5.3.3.1. Variável independente.

A Intervenção (designada por Programa Intervenção) é composta em cada sessão de grupo por duas partes: uma de vertente mais cognitiva, inspirada no trabalho de Jesus (1996) intitulado *Mal Estar na Profissão Docente*, onde são propostas temáticas de informação e reflexão que ajudem a pessoa a adquirir estratégias positivas no sentido de uma maior compreensão de si e de estratégias que diminuíssem o eventual mal-estar. Foram abordados e refletidos os seguintes temas: conceito de *self*”; a forma de entrar em contacto consigo e com os outros; definição de stresse e de estratégias de *coping*; o papel do autoconceito e da autoestima na forma como a pessoa se situa no mundo; abordagem sobre bem-estar e satisfação profissional; importância da gestão do tempo e de liderança.

Na outra parte da intervenção de cariz experiencial, foi realizado o relaxamento (designado de Relaxamento Progressivo com Visualização, já atrás descrito), tendo sido proposto aos participantes fazer uma “viagem” de descontração e de autoconhecimento do seu corpo e proporcionar o desenvolvimento de uma aprendizagem da técnica do relaxamento de forma a encontrar um melhor bem estar físico e psicológico.

Esta intervenção desenvolveu-se ao longo de dez sessões, tendo cada uma a duração de noventa minutos. Cada grupo era composto por 70 participantes.

As sessões decorreram nos locais das várias empresas que se disponibilizaram a participar nesta investigação e no nosso consultório. (O nome das empresas não é nomeada na medida em que responsáveis colocaram como condição a manutenção do anonimato).

De modo a evitar o efeito indesejado de possíveis variáveis intervenientes/parasitas, pautámos por fornecer a todos os subgrupos de trabalhadores do GI os mesmos procedimentos e condições experimentais, garantindo assim a uniformidade do tratamento. Tratando-se de um estudo no âmbito das ciências sociais e humanas, torna-se difícil desenvolver estudos verdadeiramente experimentais, nos quais se evitam todos os enviesamentos individuais/contextuais. Não obstante, a homogeneidade no tratamento das condições experimentais em todos os subgrupos sujeitos à VI e o facto de a sua aplicação ser garantida pela mesma pessoa (facilitador/formador da intervenção), permite-nos controlar possíveis enviesamentos decorrentes de diferentes tipos de intervenções, contextos ambientais onde decorrem e da subjetividade do facilitador/observador dos grupos.

A VI foi operacionalizada através da formação de dois grupos equivalentes (em número), na amostra:

- o grupo da intervenção (GI, formado pelos trabalhadores que foram sujeitos à aplicação da VI);
- o grupo de controlo (GC, formado pelos trabalhadores que não foram sujeitos à aplicação da VI).

5.3.3.2. Variáveis dependentes.

Os indicadores fisiológicos: VD1 (FC) frequência cardíaca, VD2 (TAS) tensão arterial sistólica, e VD3 (TAD) tensão arterial diastólica são mensurados através do

monitor de medição de Tensão e Frequência cardíaca (Omeron MX3 Plus HEM-742-E.), antes e depois da primeira (T1) e da última (T2) sessão de aplicação da técnica de relaxamento (T1 e T2).

- Ansiedade (VD4): esta variável foi operacionalizada através da aplicação da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Dos 21 itens que a compõem, sete referem-se a indicadores de ansiedade, nomeadamente excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade.

- Depressão (VD5): operacionalizada com recurso ao mesmo instrumento (EADS, de Ribeiro et al., 2004), esta variável é quantificada segundo sete indicadores: disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto deprecição, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia.

- Stresse (VD6): esta variável contempla cinco indicadores, no âmbito da escala EADS (Ribeiro et al., 2004), os quais permitem a sua operacionalização. São eles, dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reação exagerada e impaciência.

- Satisfação profissional (VD7): a operacionalização desta variável é feita através da Escala de Satisfação no Trabalho- (ESP) - de Lima, Vala e Monteiro (1994). A satisfação profissional pode ser considerada como a avaliação global emocional e atitudinal face à atividade exercida pelo sujeito sendo influenciada pelas características individuais (psicológicas e contextuais). Este instrumento avalia a satisfação global com o trabalho, bem como vários fatores que a podem afetar, nomeadamente a satisfação com a perspetiva de promoção, com a organização e funcionamento do departamento, com os colegas de trabalho, com a remuneração, com a competência e funcionamento do superior hierárquico, com o trabalho que realiza e com a competência e funcionamento dos subordinados.

- Nível de motivação intrínseca (VD8): operacionalizada mediante a aplicação do IMI (Inventário de Motivação Intrínseca), uma subescala do Questionário de Avaliação de

Motivação Profissional (Jesus, 1996) que permite avaliar a motivação intrínseca em qualquer atividade. Entende-se por motivação intrínseca, o que está inerente aos desenvolvimento de atividades em que não se verifica uma recompensa externa aparente a não ser a realização da atividade em si, implicando competência e autodeterminação (Deci, 1975, citado por Jesus, 2004),

- Mal-estar no trabalho (VD9): medida pelo Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho ISMERT (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008), que avalia os sintomas de mal-estar ocupacional. O Conceito de mal-estar relaciona-se com o conceito de stresse, resultando da exposição crónica aos agentes stressores. No contexto laboral poderá resultar de uma avaliação de incapacidade de adaptação face às exigências sentidas implicando um esforço constante e um desgaste a longo termo dos recursos intrínsecos. Trata-se assim, de um *outcome* que se pode traduzir por sentimentos de despersonalização, inadequação ao local de trabalho, exaustão física e emocional, sentimentos de não realização, ou seja, conduzir ao *burnout*. Os sintomas associados ao mal-estar profissional surgem na literatura, agrupados em manifestações psicossomáticas (implicando uma intensa ativação do organismo); comportamentais (tais como absentismo, conflituosidade, distanciamento afetivo, irritabilidade, frustração, apatia, aditividade) e cognitivos (como a diminuição da autoestima, da capacidade de decisão e motivação) (Dunham, 1992; Maslach & Jackson, 1981; Schonfeld, 1989, citados por Jesus, 2004; Vaz Serra, 1999)

O ISMERT é coerente com esta definição de mal-estar ao ser composto por quatro escalas que acedem aos diferentes tipos de sintomas associados: físico-somáticos, emocionais, cognitivos e comportamentais (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

5.4. População e Participantes (amostra)

5.4.1. População

A população é um termo difícil de circunscrever, sendo passível de diversas definições. Estatisticamente, Maroco e Bispo definem população, em termos teóricos, como “um grupo finito ou infinito, mais ou menos extenso de humanos, objetos, eventos ou qualquer outra entidade física ou não sobre a qual estamos interessados em generalizar” (2003, p. 77). Na impossibilidade de aceder aos dados desta população (teórica), que inclui

os colaboradores das empresas portuguesas, designou-se como população-alvo, população em estudo ou *sampling frame* (Coolican, 2004; Maroco, 2007) a totalidade de colaboradores das empresas onde os dados foram recolhidos.

5.4.2. Participantes

Considerando a população em estudo, enquanto conjunto dos sujeitos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno, as empresas portuguesas (Coolican, 2004), a amostra em estudo é constituída por trabalhadores de empresas do sector público e privado. Ainda que, para a inclusão dos sujeitos na amostra não se tenha recorrido a um método de amostragem específico, pautou-se por almejar a máxima representatividade da população ao nível do género, a amplitude de idade e tipo de sector empresarial e profissional. A seleção teve igualmente como objectivo, assegurar a significância da amostra e possibilidade de comparação inter-grupo incluindo um número abrangente de participantes e equilibrando a sua distribuição por GI e GC. A amostragem não probabilística, por conveniência, possui como limitações, não permitir a generalização dos dados e aumentar o enviesamento dos mesmos. Para contornar estas limitações, procedeu-se à seleção prévia dos participantes, à manutenção da equivalência dos grupos e ao aumento da dimensão da amostra (Almeida & Freire, 2008; Wilson & MacLean, 2011).

A amostra é constituída por 140 participantes que se distribuíram de forma voluntária pelo grupo da intervenção e pelo grupo de controlo, após explicitados os objetivos da investigação. Assim, cada um dos grupos inclui 70 participantes.

Dos 70 participantes do grupo da intervenção, 40% (n=28) são do género masculino e 60% (n=42) do género feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 61 anos ($M = 39.69$, $DP = 9.43$).

Relativamente à sua atividade profissional, estão presentes na amostra diversos grupos profissionais, sendo os mais representativos os que têm atividades de educação, de administração e de secretariado (tabela 1). O tempo de trabalho na instituição varia entre os zero (menos de um ano) e os 31 anos ($M = 9.08$, $DP = 7.70$).

Tabela 1.

Grupo Profissional dos Participantes – Grupo sujeito à Intervenção

Grupo profissional	n	%
Educação	14	21.9
Administração e secretariado	13	20.3
Sector financeiro	11	17.2
Comunicação (media)	10	15.6
Turismo e transportes	6	9.4
Comunicação (técnicos)	4	6.3
Logística e infraestruturas	4	6.3
Comércio e vendas	2	3.1
Total	64	100
Valores em falta	6	
Total	70	

Dos 70 participantes que formam o grupo de controlo, 31.9% (n=22) são do género masculino e 68.1% (n=47) do género feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 54 anos ($M = 36.17$, $DP = 7.31$). No que respeita à atividade, os grupos profissionais mais representados na amostra são o setores financeiro e a da educação (tabela 2). Relativamente ao tempo de trabalho na instituição, na amostra coexistem participantes que trabalham há menos de um ano na empresa, e participantes com 21 anos de trabalho na empresa ($M=7.67$, $DP= 5.90$).

Tabela 2.

Grupo Profissional dos Participantes – Grupo de Controlo

Grupo profissional	n	%
Sector Financeiro	12	18.8
Educação	11	17.2
Turismo e transportes	10	15.6
Comunicação (técnicos)	8	12.5
Comunicação (media)	7	10.9
Administração e secretariado	7	10.9
Logística e infraestruturas	5	7.8
Comércio e vendas	4	6.3
Total	64	100
Valores em falta	6	
Total	70	

Não foram encontradas diferenças significativas entre os sujeitos dos dois grupos, relativamente à idade, ($z = -1.92, p = .054$) e ao tempo de trabalho na instituição, ($z = -.64, p = .52$).

5.5. Instrumentos

5.5.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Anexo III), criado para o presente estudo, é composto por 10 questões, que permitem uma caracterização geral dos participantes. Para além da identificação pessoal, abrange questões sobre a vida familiar e sobre a atividade profissional (tabela 3).

Tabela 3.
Itens que Compõem o Questionário Sociodemográfico

Enquadramento	Questão
Caracterização geral individual	1. Nacionalidade
	2. Idade
	3. Sexo
	4. Local de residência
	5. Estado civil
Caracterização familiar	6. Filhos
	7. Pessoas a seu cargo
	8. Habilitações
Caracterização profissional	9. Cargo que desempenha na empresa Anos de trabalho

5.5.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse – EADS-21

Os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse foram medidos através da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) desenvolvida e adaptada à população portuguesa por Ribeiro, Honrado, e Leal (2004) a partir da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) desenvolvida por P. Lovibond e S. Lovibond em 1995.

Os autores da escala desenvolveram um instrumento que se propunha, em teoria, abranger a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão mas, simultaneamente, com padrões psicométricos elevados e com a máxima capacidade discriminante entre os dois constructos. Contudo, na análise fatorial da escala foi extraído um outro fator, que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões iniciais. Este novo fator foi denominado pelos autores de «stresse», referindo-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação (Ribeiro et al., 2004). A partir da EADS, foi desenvolvida a versão reduzida, denominada de EADS-21. Os itens que a compõem foram selecionados de modo a poderem ser transformados nas notas da escala de 42 itens, multiplicando a nota por dois (Ribeiro et al., 2004).

A EADS, tal como a EADS-21, assume que as perturbações mentais são dimensionais e não categoriais, ou seja, que as diferenças nos níveis de depressão, ansiedade e stresse exibidos por sujeitos normais e com perturbação são, no essencial, diferenças de grau. Desta forma, os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições, do “normal” ao “muito grave” (Ribeiro et al., 2004). A EADS-21 estrutura-se em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stresse, cada uma com sete itens. Cada uma destas subescalas inclui vários indicadores, nomeadamente:

Tabela 4.
Indicadores e Número de Itens por Escala, da EADS-21

Subescala	Indicadores	Itens
Depressão	Disforia	1
	Desânimo	1
	Desvalorização da Vida	1
	Auto depreciação	1
	Falta de Interesse ou de Envolvimento	1
	Anedonia	1
	Inércia	1
Ansiedade	Excitação do Sistema Autónomo	3
	Efeitos músculo-esquelético	1
	Ansiedade Situacional	1
	Experiências Subjetivas de Ansiedade	2
Stresse	Dificuldade em Relaxar	2

Excitação Nervosa	1
Facilmente Agitado/Chateado	1
Irritável/Reação Exagerada	1
Impaciência	2

Cada item consta de numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. O participante deve responder em que medida cada uma das afirmações se lhe aplica, “na semana passada”, numa escala tipo *Likert* (0 = *não se aplicou nada a mim*, 1 = *aplicou-se a mim algumas vezes*, 2 = *aplicou-se a mim muitas vezes*, 3 = *aplicou-se a mim a maior parte das vezes*) (Ribeiro et al., 2004). Os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por cada subescala. As notas mais elevadas indiciam a estados afetivos mais negativos.

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Ribeiro et al. (2004), numa amostra de conveniência de 200 participantes (162 raparigas e 38 rapazes), estudantes do Ensino Superior, com idades compreendidas entre os 18 e 23 anos ($M = 19.79$, $DP = 1.11$).

Na sua versão portuguesa, a EADS-21 apresenta valores muito satisfatórios de consistência interna (*alpha* de Cronbach), respetivamente de .93 na subescala de depressão, .83 na subescala de ansiedade e .88 na subescala de stresse.

Os resultados relativos às propriedades psicométricas, em termos de validade e fidelidade, confirmam que a versão portuguesa da EADS-21 é idêntica à versão original, e que as três síndromes, depressão, ansiedade e stresse, devem ser distinguidas em escalas de autorrelato. Sendo um instrumento que permite a diferenciação entre estes três estados, é uma medida útil quer para a investigação quer em uso clínico (Ribeiro et al., 2004) (anexo IV).

5.5.3. Inventário de Motivação Intrínseca

O Inventário de Motivação Intrínseca é uma escala com quatro itens, que integra o Questionário de Avaliação de Motivação Profissional, de Jesus (1996). Segundo o autor, pretende avaliar o constructo cognitivo-motivacional “motivação intrínseca” enquadrado

na perspectiva de Deci (1975; Deci & Ryan, 1985, citados por Jesus, 2004). Trata-se de uma escala tipo *Likert* de sete pontos, composta por quatro itens (anexo VII).

Adaptado do *Intrinsic Motivation Inventory*, desenvolvido inicialmente por Ryan (1982) e melhorado posteriormente por McAuley e colaboradores (McAuley, Duncan & Tammen, 1989; McAuley, Wraith & Duncan, 1991, citados por Jesus, 1996), o IMI permite avaliar a intensidade da motivação intrínseca dos indivíduos relativamente a uma qualquer atividade. Dada a possível alteração dos itens, pelo investigador, aos contextos específicos em estudo (em vez da designação genérica de «atividade praticada»), o Inventário pode ser adaptado às mais variadas situações profissionais.

Quanto às propriedades psicométricas do instrumento, Gaspar, Jesus e Cruz (2010) desenvolveram procedimentos de comprovação da validade facial e da validade de constructo (quer através de uma análise descritiva dos itens, quer segundo o processo estatístico da análise fatorial e avaliação da homogeneidade das escalas). Em termos de fidelidade, o valor elevado do *alpha* de Cronbach ($\alpha=.82$) comprova a consistência interna da subescala de motivação intrínseca.

5.5.4. Escala de Satisfação Profissional

Na presente investigação, a satisfação profissional foi operacionalizada através da escala desenvolvida por Lima, Vala, e Monteiro, sobre a satisfação no trabalho (1994). Apesar de existência de diversas medidas de satisfação, considerámos pertinente recorrer a um instrumento que permite avaliar, por um lado, a satisfação global com o trabalho e, por outro, os diversos fatores que podem influenciar essa satisfação, como a satisfação com a perspectiva de promoção, a organização e funcionamento do departamento, a relação com os colegas de trabalho, a remuneração, a competência e funcionamento do superior hierárquico, com o trabalho que realiza e com a competência e funcionamento dos subordinados (anexo V).

Trata-se de uma escala de tipo *Likert*, com 8 itens, variando as opções de resposta entre 1 (extremamente insatisfeito) e 7 (extremamente satisfeito).

Na validação da escala (Lima et al., 1994), a análise fatorial decorreu numa solução bi-fatorial (que explicam, respetivamente, 47% e 16% da variância). Uma vez que o segundo fator é composto apenas por dois itens (1 e 4), optamos pela utilização de uma

estrutura unifatorial, relativa à satisfação profissional, no global, e aos aspetos que o integram.

A escala apresenta uma elevada consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach de .81.

5.5.5. Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho (ISMERT)

O Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho foi desenvolvido por Murcho, Jesus e Pacheco (2008). Após um trabalho extenso de pesquisa bibliográfica e análise de entrevistas, os autores propuseram uma escala cujo objetivo é quantificar a intensidade dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho.

Trata-se de uma escala tipo *Likert* de seis pontos, formada por 38 itens, variando as opções de resposta entre 1 (pouco) e 6 (muito) (anexo VI). É composta por quatro subescalas, paralelas à tipologia de sintomas de mal-estar ocupacional proposta por Vaz Serra, em 1999, especificamente sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

- Sintomas físicos de mal-estar ocupacional: esta subescala inclui queixas de dores musculares e de coluna; dores de cabeça; dores de estômago, azia, náuseas ou vômitos; perda de energia e cansaço; palpitações, taquicardia, dor no peito; problemas intestinais; hipertensão arterial/hipotensão arterial; alergias; problemas respiratórios; perda ou aumento de apetite, perda ou ganho súbito de peso; sensação de peso nas pernas e braços; infeções graves/situações tumorais; perturbações da visão; alteração da temperatura corporal, aumento da transpiração, tremores; problemas cardíacos; doenças endócrinas; alterações menstruais; sensação de mal-estar geral; problemas da pele; tonturas e sensação de desmaio; infertilidade;

- Sintomas emocionais de mal-estar ocupacional: nesta subescala cabem sintomas como irritabilidade, perda de paciência com facilidade; sentimento de solidão, tristeza, choro fácil e imotivado; sentimento de exaustão emocional, distanciamento afetivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal; mudanças bruscas de humor; perda de confiança, de autoestima e incapacidade para lidar com as situações; sentimentos de falta de apoio, de

perda de esperança e do sentido da vida; sentimento de excesso de responsabilidades; sentimentos de inveja, ciúme, medo, culpabilidade ou vergonha;

- Sintomas cognitivos de mal-estar ocupacional: inclui dificuldades de concentração; esquecimentos; dificuldades em tomar decisões; sentimento de incapacidade e de inutilidade; sentimento de falta de reconhecimento profissional; maior propensão para a ocorrência de acidentes; dificuldade em interpretar a realidade; pensamento constante sobre um só assunto (ruminação);

- Sintomas comportamentais de mal-estar ocupacional: esta subescala engloba sintomas como agitação, comportamento impulsivo, incapacidade para relaxar; deixar de fazer atividades de lazer; insónia; dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família; falta de tempo para a família e amigos; sonolência excessiva; absentismo, desleixo, baixo rendimento profissional; isolamento, apatia, aborrecimento constante; problemas sexuais; aumento do consumo de café, álcool, tabaco, tranquilizantes ou outras substâncias; tiques nervosos; acidentes de trabalho ou de viação.

Os 38 itens do instrumento agrupam-se nas quatro subescalas (Murcho, Jesus & Pacheco, (2008) (tabela 5). O *score* resulta do somatório das respostas fornecidas em cada subescala, permitindo, igualmente, a obtenção de um *score* global.

Tabela 5.
Subescalas que Compõem o ISMERT, Respectiva Designação e Número de Itens

Subescala	Designação	N.º itens
ISMERT 1	Sintomas físicos	7
ISMERT 2	Sintomas emocionais	14
ISMERT 3	sintomas cognitivos	9
ISMERT 4	Sintomas comportamentais	8

No que se refere às propriedades psicométricas do ISMERT, a validade foi estabelecida segundo o procedimento estatístico da análise fatorial, que extraiu uma solução de quatro fatores (que explicam 51,25% da variância total). Quanto à fidelidade, verificada através da consistência interna, apresenta valores muito satisfatórios, estando todos os α de Cronbach acima dos .80 (nomeadamente ISMERT1= .88; ISMERT2= .85; ISMERT3= .85; ISMERT4= .85; escala total= .96) (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

Estudos posteriores realizados em diferentes contextos laborais, revelaram a adequação do instrumento reforçando a sua validade (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009; 2012).

5.5.6. Medidas fisiológicas

A medição da tensão sistólica e diastólica, bem como a frequência cardíaca por minuto, foi feita antes e após as primeiras e últimas sessões da intervenção, através do monitor de medição de Tensão e Frequência cardíaca (Omeron MX3 Plus HEM-742-E.).

5.6. Procedimentos

5.6.1. Procedimento Geral de Investigação

Após o desenvolvimento dos objectivos da tese, iniciámos os contactos formais com as Empresas, com o objetivo de obter autorização para apresentação e posterior desenvolvimento do presente estudo. Numa primeira fase, foram estabelecidos contactos *via-email* com os Departamentos de Recursos Humanos das empresas (Anexo II). Nesse contacto, era feita uma apresentação inicial do projeto, especificamente das palestras envolvidas.

Após o recebimento da autorização, entregámos em cada empresa o documento de formalização do estudo (Consentimento de Participação) (Anexo I) e as fichas de inscrição (para os participantes), seguindo-se um primeiro encontro com o departamento e os grupos de participantes, para programar a intervenção. Deixámos protocolos de investigação para serem entregues e preenchidos no momento correspondente ao início e ao final da intervenção, pelos participantes que não foram sujeitos à intervenção (grupo de controlo).

Posteriormente, desenvolvemos 10 sessões de grupo (com a duração de 150 minutos cada) com os participantes do grupo da intervenção, convidando à reflexão sobre o seu comportamento e estilo de vida habitual.

Na primeira sessão procedeu-se à apresentação do investigador e dos elementos do grupo. Foram ainda clarificados os objetivos que se pretendiam atingir e a metodologia utilizada ao longo das sessões. Antes de iniciar a intervenção foi pedido a cada participante o preenchimento dos questionários que constavam do estudo para se obter informação prévia. Procedeu-se também à medição de TAD (tensão arterial diastólica), da TAS (tensão arterial sistólica) e à FC (frequência cardíaca).

As 10 sessões decorreram de acordo com o que foi descrito anteriormente, sendo que no final voltaram a ser passados os questionários e feita a medição da TAD Tensão Arterial Diastólica, TDS Tensão Arterial Sistólica e FC Frequência Cardíaca.

Salientamos que ao longo das dez sessões procurámos demonstrar a inter-relação entre os aspetos emocionais e as funções corporais, introduzindo o conceito de fatores de risco psicológicos e sociais da doença coronária, pelo risco das alterações de tensão arterial. Estas sessões foram estruturadas sob a forma de dinâmicas de grupo, procurando tornar mais acessíveis as informações, facilitar a aprendizagem e o relacionamento interpessoal, assim como levantar potenciais dificuldades. Foram utilizados, ainda, recursos audiovisuais, como slides, e exposição de vídeos.

5.6.2. Procedimentos de análise: planeamento e justificação das análises estatísticas

5.6.2.1. Estatística descritiva

Ao nível descritivo, a análise incidiu na determinação dos valores mínimo (Mín.), máximo (Máx.), média aritmética e mediana (medidas de localização: tendência central) e desvio-padrão (medida de dispersão ou variabilidade). Estes valores permitem um resumo dos dados de cada grupo em estudo, assim como uma compreensão inicial da sua variabilidade, em termos de variáveis.

5.6.2.2. *Qualidades das medidas obtidas (variáveis)*

Previamente ao desenvolvimento das análises estatísticas, determinámos o nível de fidedignidade das medidas obtidas, na presente amostra, através da avaliação da sua consistência interna (*alpha* de Cronbach).

5.6.2.3. *Estatística inferencial*

A análise inferencial de dados foi desenvolvida através da realização dos seguintes testes estatísticos (i.e., testes de hipóteses ou de significância):

- Teste de Kolmogorov–Smirnov para uma amostra, com correção de significância de Lilliefors (univariado não-paramétrico), com o objetivo de verificar a normalidade das distribuições dos dados amostrais;
- Teste *t* para duas amostras relacionadas (univariado paramétrico), com o objetivo de comparar o grupo experimental em dois momentos (medidas repetidas), quando as distribuições das variáveis dependentes são normais e cumprem os restantes pressupostos de aplicação dos testes paramétricos;
- Teste *U* de Mann–Whitney para duas amostras independentes (também designadas por amostras não-emparelhadas, não-relacionadas e não correlacionadas; univariado não-paramétrico): para realizar comparações entre o grupo sujeito a intervenção e o de controlo, quando as distribuições das variáveis dependentes não são normais;
- Teste das ordenações (ou postos) com sinais de Wilcoxon para duas amostras relacionadas (univariado não-paramétrico): para comparar o grupo da intervenção em dois momentos, quando as distribuições das variáveis dependentes não eram normais;

Para determinarmos o efeito da intervenção tratamento (X), procedemos ao cálculo da diferença entre as médias dos participantes, antes da intervenção (pré-teste) e após a intervenção. Essas pontuações adquiridas foram sujeitas a uma comparação inter-grupos (grupo experimental e grupo de controlo), a nível das variáveis dependentes, através de um teste *t* para duas amostras independentes (Heiman, 1998; Jesuíno, 1986; Thomas & Nelson, 1996; Tuckman, 2000).

Outra forma de determinar a eficácia da intervenção é através da comparação entre os resultados do pós-teste, dos dois grupos. Nesta situação, o pré-teste é utilizado para verificar se os grupos são equivalentes, em relação às variáveis dependentes (Carmo & Ferreira, 1998), isto é, verificar se há ou não diferença significativa entre os resultados O_1 e O_2 . Se um dos grupos possuir inicialmente um nível da variável dependente significativamente diferente do outro, a investigação não poderá prosseguir, tendo que se escolher outros grupos (Sousa, 2005). Se são equivalentes, os resultados do pós-teste podem ser diretamente comparados usando um teste t para duas amostras independentes (Carmo & Ferreira, 1998).

É-nos possível ainda avaliar o efeito da intervenção, em cada grupo, pela aplicação de um teste t (para duas amostras emparelhadas), separadamente à diferença O_2-O_1 e à diferença O_4-O_3 . Se a primeira diferença se revelar significativa e a segunda não, conclui-se que X provoca um efeito significativo (Heiman, 1998; Jesuíno, 1986). Contudo, este tipo de análise não fornece qualquer comparação estatística entre o grupo experimental e o de controlo (Jesuíno, 1986).

Para todos os procedimentos estatísticos, foi utilizado o programa de computador SPSS® Statistics (Versão 17.0).

Para todos os testes de hipóteses, o nível/grau de significância (α) foi estabelecido a .05 (5%). Em todos os testes de hipóteses, foi reportado o valor p (probabilidade de acaso) bilateral. A regra (ou critério) de decisão estatística utilizada cumpriu as exigências científicas atuais, sendo a seguinte: quando o valor p encontrado for menor ou igual a α , rejeitamos a hipótese nula (H_0), e dizemos que a diferença encontrada foi significativa. Se o valor p encontrado for superior a α , conservamos a hipótese nula (H_0), e decidimos pela inexistência de diferenças significativas.

Capítulo VI: Apresentação dos Resultados

Dado o complexo delineamento do presente estudo, e a subsequente existência de um considerável número de dados obtidos, a sua apresentação irá seguir a ordem das hipóteses formuladas. Em nossa opinião, esta organização facilita a compreensão dos resultados encontrados. Assim, para cada hipótese, será apresentada a análise intra-grupo (T1 vs T2), que permite analisar a ação da VI sobre a VD e, como forma de confirmação, em determinados casos, as comparações inter-grupos (GI: grupo da intervenção vs GC: grupo de controlo). Previamente às análises, serão ainda expostos os valores de consistência interna obtidos em cada escala, relativos à amostra da investigação, bem como as análises de aderência à normalidade dos dados.

A apresentação será iniciada pelas medidas fisiológicas (frequência cardíaca, tensão arterial sistólica e tensão arterial diastólica), seguindo-se as medidas de natureza psicológica.

6.1. Resultados Relativos à Frequência Cardíaca (FC)

Estes resultados dizem respeito à H1, nomeadamente: os trabalhadores do GI, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma redução significativa da frequência cardíaca (FC) (VD1) (tabela 6).

Tabela 6.
Análise descritiva dos dados relativos à variável Frequência Cardíaca -GI (n=70)

<i>Momento</i>	<i>Frequência Cardíaca</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min-Máx</i>
T1	Pré-teste	80.20	1.12	80	57-106
	Pós-teste	75.56	.93	75	50-95
T2	Pré-teste	79.45	.97	80	64-106
	Pós-teste	74.37	.86	74	60-99

Podemos verificar (tabela 6) que os valores médios do GI sofrem uma diminuição após a intervenção, em ambos os momentos de recolha de dados.

Previamente à averiguação da significância dessa diferença, é necessário proceder à verificação da aderência à normalidade. No que concerne o primeiro momento de recolha, os dados do pré-teste ($D_{(70)}=.084$, $p=.2$) e do pós-teste ($D_{(70)}=.094$, $p=.2$) apresentam uma distribuição normal (permitindo o recurso ao teste paramétrico *t-Student* para duas amostras relacionadas). Relativamente ao segundo momento, os dados do pré-teste ($D_{(70)}=.202$, $p < .001$) e do pós-teste ($D_{(70)}=.18$, $p < .001$) demonstram a inexistência de uma distribuição normal (o que implica a utilização do teste não-paramétrico de *Wilcoxon* para duas amostras relacionadas).

Os resultados obtidos revelam que, no primeiro momento de recolha, houve uma redução significativa da frequência cardíaca, do pré-teste para o pós-teste, $t_{(69)} = 6.50$, $p < .001$. De forma similar, no segundo momento, houve uma redução significativa do pré-teste para o pós-teste ($z = -5.52$, $p < .001$).

Em resumo, em ambos os momentos de recolha, a frequência cardíaca dos participantes do GI sofreu uma diminuição significativa, após a intervenção, ou seja, a H1 é confirmada.

6.2. Resultados Relativos à Tensão Arterial Sistólica (TAS)

Seguidamente, apresentam-se os dados obtidos para testagem da H2: os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção, apresentam uma redução significativa da TAS (VD2). As medidas descritivas permitem constatar que, do pré-teste para o pós-teste, as medidas de tendência central sofreram uma diminuição, em ambos os momentos de recolha de dados (tabela 7).

Tabela 7.
Análise descritiva dos dados relativos à variável Tensão Arterial Sistólica –GI (n=70)

<i>Momento</i>	<i>TAS</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min-Máx</i>
T1	Pre-teste	130.69	2.08	130	96-175
	Pós-teste	119.87	2.53	120	11-185
T2	Pre-teste	128.71	1.58	130	105-180
	Pós-teste	120.05	1.24	120	95-150

De acordo com os resultados obtidos pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov, nenhuma das distribuições das quatro aplicações apresenta aderência à normalidade (tabela 8). Assim, as diferenças entre pré e pós-teste foram testadas com recurso ao teste de *Wilcoxon* para duas amostras relacionadas (tabela 8).

Tabela 8.

Aderência à normalidade (D) das distribuições dos dados amostrais da TAS - GI, e diferenças entre pré e pós-teste, segundo o teste de wilcoxon

Momento	TAS	D	Wilcoxon
T1	Pré-teste	.105	-6.26***
	Pós-teste	.131**	
T2	Pré-teste	.176***	-6.77***
	Pós-teste	.133*	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Verificamos que, quer no primeiro quer no segundo momento de recolha, houve uma redução significativa da tensão arterial sistólica dos participantes do grupo experimental, do pré-teste para o pós-teste, sendo essa redução estatisticamente significativa. A hipótese 2 é confirmada.

6.3. Resultados Relativos à Tensão Arterial Diastólica (TAD)

A terceira hipótese formulada para o presente estudo diz respeito à alteração da TAD (VD3), após a intervenção, especificamente: os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma redução significativa da TAD.

A observação da estatística descritiva permite verificar uma diminuição similar às anteriores, do pré para o pós-teste, em ambos os momentos de recolha (tabela 9).

Tabela 9.

Análise descritiva dos dados relativos à variável Tensão Arterial Diastólica - GI (n=70)

<i>Moment</i> <i>o</i>	<i>TAD</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mdn</i>	<i>Min-Máx</i>
T1	Pré-teste	81.13	1.79	80	52-140
	Pós-teste	74.91	1.69	75	7-120
T2	Pré-teste	82.65	1.45	80	60-120
	Pós-teste	77.14	1.16	77.5	58-110

Dada a inexistência de normalidade em algumas das distribuições amostrais, no pré-teste ($D_{(70)}=.091$, $p = .2$) e pós-teste ($D_{(70)}=.124$, $p = .009$) do primeiro momento de recolha e no pré-teste ($D_{(70)}=.144$, $p = .001$) e pós-teste ($D_{(70)}=.142$, $p = .001$) do segundo momento de recolha, a análise estatística das diferenças expostas foi calculada através do teste de Wilcoxon.

Os resultados obtidos demonstram uma redução significativa da TAD dos participantes do GI, do pré-teste para o pós-teste, no primeiro momento da recolha de dados ($z = -5.10$, $p < .001$). No segundo momento, constata-se um processo idêntico, isto é, uma redução estatisticamente significativa da TAD dos participantes do GI, do pré-teste para o pós-teste ($z = -5.90$, $p < .001$). Estes valores sustentam a confirmação da H3.

6.4. Resultados Relativos à variável Ansiedade

A análise estatística desenvolvida sobre a variável Ansiedade (VD4) pretendeu responder à H4: os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma diminuição significativa do nível de ansiedade, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo.

Em primeiro lugar, apresentam-se os valores de consistência interna obtidos com a amostra da presente investigação, relativamente à medida de ansiedade (subescala da Escala EADS). Estes valores, muito elevados, são indicadores de uma boa fidelidade dos dados. Recorde-se que o coeficiente *alpha* de Cronbach varia entre 0 e 1; quanto mais perto estiver de 1 maior a fidedignidade (consistência) interna ou inter-itens da escala (Bryman & Cramer, 2003) (tabela 10).

Tabela 10.

Análise da consistência interna, para a variável Ansiedade, nos dois grupos– T1 e T2

Grupo	Momento	n	N.º itens	α
				Cronbach
GI	T1	70	7	.91
	T2	70	7	.89
GC	T1	69	7	.95
	T2	67	7	.91

Seguidamente, procedeu-se à comparação entre o T1 e o T2, para verificar o resultado da intervenção realizada. Dada a ausência de uma distribuição normal deste grupo, em T2 (T1: $D_{(30)}=.129$, $p = .2$; T2: $D_{(70)}=.107$, $p = .04$), a comparação foi feita através do teste de Wilcoxon (tabela 11).

Tabela 11.

Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na subescala de Ansiedade (EADS), pelos dois grupos, em T1 e T2

Grupo	T1			T2			Dif. Intra-grupo (z)
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn	
GI	9.22	0.73	9	6.74	0.58	6	-3.95***
GC	7.74	0.79	7	10.09	4.45	9	4.42***
Dif. inter-grupos (z)		-2.7**			3.96***		-

** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados obtidos indicam que, no GI, houve uma redução significativa da ansiedade, após a intervenção ($z = -3.95$, $p < .001$). Pelo contrário, no GC, os níveis de ansiedade aumentaram significativamente, do primeiro (T1) para o segundo momento de recolha de dados (T2) ($z = 4.42$, $p < .001$). Estes resultados confirmam a H4, na medida em que a intervenção permitiu uma diminuição significativa da ansiedade no GI.

Este resultado é ainda confirmado pela comparação entre os dois grupos (GI e GC), em cada momento (T1 e T2), através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney. No início (T1), o GI apresenta valores significativamente mais elevados de ansiedade ($z=-2.7$, $p = .007$), comparativamente ao GC. No fim da intervenção, em T2, a diferença inverte-se, obtendo o GI valores significativamente mais reduzidos que o GC ($z= 3.96$, $p<.001$). Assim, comprova-se a H4.

6.5. Resultados Relativos à Variável Depressão

A H5 considera a influência da intervenção desenvolvida sobre os níveis de depressão (VD5), estando descrita como: os trabalhadores do grupo sujeito à intervenção, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma diminuição significativa do nível de depressão, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo.

A análise da consistência interna (*alpha* de Cronbach) revela níveis elevados e bastante satisfatórios, no que concerne a fidelidade dos dados (tabela 12).

Tabela 12.

Análise da consistência interna, para a variável Depressão, nos dois grupos– T1 e T2

Grupo	Momento	<i>n</i>	N.º itens	<i>α</i> Cronbach
GI	T1	70	7	.88
	T2	70	7	.88
GC	T1	69	7	.92
	T2	67	7	.90

No que respeita a comparação entre T1 e T2, em cada um dos dois grupos, ela pressupõe, inicialmente, a verificação da aderência à normalidade das distribuições amostrais. Relativamente ao GI, quer em T1 quer em T2 verifica-se uma ausência de normalidade (respectivamente $D_{(30)}=.23$, $p <.001$ e $D_{(70)}=.162$, $p = .001$). Situação idêntica se observa no GC, em T1 e em T2 (respectivamente $D_{(11)}=.287$, $p=.012$ e $D_{(67)}=.147$, $p = .001$). Devem, assim, utilizar-se testes não paramétricos (tabela 13).

Tabela 13.

Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na subescala de Depressão (EADS), pelos dois grupos, em T1 e T2

Grupo	T1			T2			Dif. Intra-grupo (z)
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn	
GI	5.09	0.61	4	3.96	0.47	3	-2.64**
GC	4.96	0.65	3	8.57	4.39	7	5.86***
Dif. inter-grupos (z)		-1.065			5.88***		

** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados obtidos pelo GI demonstram uma diminuição significativa da depressão, após a intervenção ($z = -2.64$, $p < .01$), contrariamente ao verificado no GC, onde a depressão aumentou significativamente, entre o primeiro (T1) e o segundo momento de recolha de dados (T2) ($z = 5.86$, $p < .001$). A H5 é, assim, confirmada; a intervenção conduziu a uma redução significativa da depressão.

A comparação inter-grupos permite sublinhar o efeito da intervenção, na medida em que, em T1 não havia diferenças significativas entre os dois grupos (GI e GC). No entanto, em T2, o GI apresenta resultados significativamente inferiores ao GC, ($z = 5.88$, $p < .001$).

6.6. Resultados Relativos à Variável Stresse

As potenciais alterações na variável stresse (VD6) integram a H6, nomeadamente, os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma diminuição significativa do nível de stresse, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo. Os dados obtidos sobre esta variável revelam índices de consistência interna “razoáveis” ($\geq .70$ e $\leq .80$), ou “bons” ($> .80$ e $\leq .90$) (Hill & Hill, 2000), atestando a sua fidedignidade e justificando a sua utilização, no presente estudo (tabela 14).

Tabela 14.

Análise da consistência interna, para a variável *Stresse*, nos dois grupos– T1 e T2)

Grupo	Momento	N	N.º itens	α Cronbach
GI	T1	70	7	.83
	T2	70	7	.72
GC	T1	69	7	.88
	T2	67	7	.88

Relativamente à assunção da normalidade, a sua ausência em algumas das distribuições amostrais (GI - T1: $D_{(30)}=.237$, $p<.001$, T2: $D_{(30)}=.234$, $p<.001$; GC – T1: $D_{(11)}=.288$, $p=.011$, T2: $D_{(11)}=.227$, $p=.117$), justifica o recurso a testes não-paramétricos para comparar o nível de stress pré e pós-intervenção (tabela 15).

Tabela 15.

Estatística descritiva (*M*, *DP* e *Mdn*) e comparação das pontuações obtidas na subescala de *Stresse* (EADS), pelos dois grupos, em T1 e T2

Grupo	T1			T2			Dif. Intra-grupo (z)
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mdn</i>	
GI	3.72	0.53	2.5	2.69	0.32	2	-2.196*
GC	3.74	0.52	3	7.15	4.19	7	5.775***
Dif. inter-grupos (z)		-0.655			6.24***		-

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Os dados apresentados demonstram, novamente, um efeito positivo da intervenção realizada no GI, pois os níveis de stress sofrem um decréscimo significativo, do T1 para o T2 ($z= -2.96$, $p <.05$). No GC o movimento é o oposto: do T1 para o T2, os níveis de stress aumentam de forma significativa.

Novamente, o facto de não haver diferenças significativas entre os dois grupos em T1 mas estas surgirem, em T2 ($z= 6.24, p <.001$), representa uma confirmação do efeito da intervenção sobre o GI que permite validar inequivocamente a H6.

6.7. Resultados Relativos à Satisfação Profissional

A H7 pressupõe um efeito positivo da intervenção sobre a satisfação profissional dos participantes (VD7), sendo descrita da seguinte forma: Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam um aumento significativo da satisfação profissional, quando comparados com os trabalhadores do grupo de controlo.

Os *scores* de Satisfação Profissional, medidos pela Escala de Satisfação no Trabalho (Lima, Vala, & Monteiro, 1994), apresentam α de Cronbach, na sua maioria, excelentes (Hill & Hill, 2000), que atestam a fidelidade da escala (tabela 16).

Tabela 16.

Análise da consistência interna, para a variável Satisfação Profissional, nos dois grupos—T1 e T2)

Grupo	Momento	N	N.º itens	α Cronbach
GI	T1	70	8	.89
	T2	70	8	.90
GC	T1	70	8	.94
	T2	69	8	.94

Quanto à testagem da aderência à normalidade, em T1, ambos os grupos apresentam distribuições normais, respectivamente $D_{(30)}=.103, p = .2$ (GI) e $D_{(11)}=.116, p = .2$ (GC). Em T2, contrariamente, nenhuma das distribuições segue a normalidade, nomeadamente $D_{(70)}=.156, p <.001$ (GI) e $D_{(67)}=.121, p <.016$ (GC). Assim, as comparações intra-grupo, assim como a comparação inter-grupos em T2, serão executadas através de testes não-paramétricos ou de distribuição livre (Wilcoxon ou Mann-Whitney), enquanto a comparação inter-grupos em T1 realizar-se-á por meio do teste paramétrico de comparação de médias *t*-Student.

Os resultados obtidos por meio destes testes informam que não existem diferenças, em nenhum dos grupos, entre o T1 e o T2, relativamente à Satisfação Profissional. A

intervenção não levou a uma alteração significativa nesta variável, apesar dos valores de tendência central do GI sofrerem um ligeiro aumento. A única diferença significativa respeita o T1, na medida em que o GI apresenta valores significativamente mais elevados que o GC ($t_{(137)} = 2.37, p = .019$). Esta diferença desaparece, em T2 (tabela 17).

Tabela 17.

Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na Escala de Satisfação Profissional, pelos dois grupos, em T1 e T2

Grupo	T1			T2			Dif. Intra-grupo (z)
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn	
GI	29.88	1.09	27	27.64	1.11	25.5	-1.96
GC	25.56	1.09	24	25.56	8.19	24	****
Dif. inter-grupos (z)		2.37*			-1.316		

* $p < .05$; **** $p < .001$

****teste não executado pois $p = 1$

6.8. Resultados relativos à Motivação Intrínseca

A mudança da motivação intrínseca (VD8), enquanto variável, está contemplada na formulação da H8: os trabalhadores do grupo quando sujeitos à intervenção, apresentam um aumento significativo da motivação intrínseca, quando comparados com os trabalhadores do grupo de controlo.

Quanto à consistência interna dos dados obtidos pelos dois grupos que compõem a amostra, os valores muito elevados são indicadores de uma excelente fidedignidade (tabela 18).

Tabela 18.

Análise da consistência interna, para a variável *Motivação Intrínseca*, nos dois grupos–T1 e T2)

Grupo	Momento	N	N.º itens	α Cronbach
GI	T1	70	4	.90
	T2	70	4	.93
GC	T1	70	4	.96
	T2	70	4	.96

Em seguida, a aderência à normalidade está presente nas distribuições dos dois grupos, em T1 (GI: $D_{(30)}=.140$, $p =.135$, GC: $D_{(11)}=.176$, $p =.2$), o que possibilita a utilização de um teste paramétrico para a comparação inter-grupos. Em T2, nenhuma das distribuições se afigura como uma distribuição normal (GI: $D_{(70)}=.131$, $p =.005$, GC: $D_{(67)}=.140$, $p =.03$), exigindo-se um teste não-paramétrico nas comparações intra-grupo e na comparação inter-grupos de T2.

Posteriormente, no que se refere à diferença na motivação intrínseca, entre T1 e T2, ela apenas se apresenta, de forma significativa, no GC, sofrendo os valores uma ligeira diminuição ($z= -5.49$, $p <.001$). No GI, não se verificam alterações estatisticamente significativas, apesar dos valores de tendência central terem também diminuído. A intervenção parece não ter surtido efeito ao nível da motivação intrínseca dos participantes do GI, ou seja, a H8 não se confirma.

Em ambos os momentos, T1 e T2, o GI mantém valores significativamente superiores de motivação intrínseca que o GC, respectivamente, ($t_{(137)}= 2.95$, $p <.05$) em T1 e $z= -4.14$, $p <.001$, em T2 (tabela 19).

Tabela 19.

Estatística descritiva (M, DP e Mdn) e comparação das pontuações obtidas na Escala de Motivação Intrínseca, pelos dois grupos, em T1 e T2

Grupo	T1			T2			Dif. Intra-grupo (z)
	M	DP	Mdn	M	DP	Mdn	
GI	19.66	0.75	21	18.4	0.69	17.5	-1.43
GC	16.57	0.77	16	13.81	5.17	15	-5.49***
Dif. inter-grupos (z)		2.95**			-4.14***		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

6.9. Resultados Relativos ao Mal-Estar no Trabalho

A última hipótese formulada, nesta investigação, pressupõe uma diminuição de sintomas de mal-estar (VD9), após a intervenção descrita. Apresenta-se assim:

H9 – Os trabalhadores do grupo quando sujeitos à intervenção, apresentam uma redução significativa dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais), em comparação com os trabalhadores do grupo de controlo. Iniciamos a descrição dos resultados desta variável com a exposição dos valores de consistência interna obtidos com a amostra do presente estudo. É possível verificar que, os valores encontrados para a fidedignidade interna das diversas escalas variam entre .82 e .97. Alguns destes valores são considerados “bons” ($> .80$ e $\leq .90$) e outros “excelentes” ($> .90$) (Hill & Hill, 2000) (tabela 20).

Tabela 20.

Análise da consistência interna, para o Mal-Estar no Trabalho e indicadores: físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais, nos dois grupos- T1 e T2, e aderência à normalidade - teste de Kolmogorov-Smirnov (D)

Grupo	T	Sintomas	N	N.º itens	α Cronbach	D _(df)
GI	T1	Físicos	70	11	.86	.131 ₍₃₀₎
		Emocionais	70	8	.84	.068 ₍₃₀₎
		Cognitivos	69	8	.86	.129 ₍₃₀₎
		Comportamentais	67	11	.86	.100 ₍₃₀₎
		Mal-Estar (total)	66	38	.95	.105 ₍₃₀₎
	T2	Físicos	70	11	.89	.106 ₍₇₀₎
		Emocionais	70	8	.82	.095 ₍₇₀₎
		Cognitivos	70	8	.84	.105 ₍₇₀₎
		Comportamentais	70	11	.88	.088 ₍₇₀₎
		Mal-Estar (total)	70	38	.96	.071 ₍₇₀₎
GC	T1	Físicos	70	11	.93	.258 ₍₁₁₎ *
		Emocionais	67	8	.87	.365 ₍₁₁₎ ***
		Cognitivos	68	8	.86	.335 ₍₁₁₎ **
		Comportamentais	68	11	.90	.195 ₍₁₁₎
		Mal-Estar (total)	63	38	.97	.384 ₍₁₁₎ ***
	T2	Físicos	70	11	.91	.106 ₍₆₇₎
		Emocionais	70	8	.88	.113 ₍₆₇₎ *
		Cognitivos	70	8	.80	.111 ₍₆₇₎ *
		Comportamentais	70	11	.79	.115 ₍₆₇₎ *
		Mal-Estar (total)	70	38	.96	.078 ₍₆₇₎

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Relativamente à aderência à normalidade, todas as distribuições do GI apresentam valores de Kolmogorov-Smirnov sem significância estatística, ou seja, são distribuições normais. Quanto ao GC, apenas são normais as distribuições da subescala Sintomas Comportamentais ($D_{(11)}=.195$, $p = .200$), em T1, e da subescala Sintomas Físicos ($D_{(67)}=.106$, $p = .061$) e do Mal-Estar total ($D_{(67)}=.078$, $p = .200$), em T2.

As comparações de distribuições normais serão realizadas através de testes paramétricos (testes *t-Student* para amostras independentes ou amostras relacionadas), as

restantes, através dos seus equivalentes não-paramétricos (testes de Mann-Whitney ou Wilcoxon).

Desenvolvendo a comparação entre os resultados obtidos em T1 e em T2, verifica-se que, no caso do GI, os resultados do pós-teste (T2) são significativamente inferiores em todos os sintomas de mal-estar, isto é, após a intervenção verifica-se uma diminuição significativa dos sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais, assim como do mal-estar geral. Contrariamente, no GC os valores medianos dos sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais, assim como o mal-estar geral no trabalho, aumentaram de forma significativa entre o T1 e o T2 (tabela 21). Assim, a H9 é confirmada.

Tabela 21.

Comparação das Pontuações obtidas na Escala de Mal-Estar no Trabalho e respetivas subescalas, pelos dois grupos, em T1 e T2

Variável	GI			GC		
	T1	T2	Dif. intra-grupo (z)	T1	T2	Dif. intra-grupo (z)
S. Físicos	25	19.5	-5.64***	21.5	28	6.71***
S. Emocionais	20	16.5	-4.45***	16	21	6.48***
S. Cognitivos	17	15	-4.19***	14	20	6.62***
S. Comport.	26	22	-4.77***	22	29	6.47***
Total	85	73.5	-5.07***	73	97	6.57***

*** $p < .001$

Se se comparar os valores do GI e do GC, em cada um dos momentos, verifica-se que em T1, previamente à intervenção, os valores do GC eram significativamente inferiores. Após a intervenção, em T2, a diferença sofre uma inversão, obtendo o GC valores significativamente superiores, em todos os sintomas. Esta alteração atesta o efeito positivo da intervenção sobre os participantes, ao nível dos indicadores de mal-estar no trabalho. Inicialmente, os sujeitos do GI apresentavam significativamente mais sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais de mal-estar. Após a intervenção, esses

sintomas diminuíram de forma significativa, atingindo valores significativamente inferiores aos do GC (tabela 22).

Tabela 22.

Comparação Inter-grupos das Pontuações Obtidas na Escala de Mal-Estar no Trabalho e Respetivas Subescalas, em T1 e T2

Variável ISMERT	T1		Dif. inter- grupo (z)	T2		Dif. inter- grupo (z)
	GI	GC		GI	GC	
S. Físicos	25	21.5	-3.72***	19.5	28	$t_{(138)}=-4.79^{***}$
S. Emocionais	20	16	-3.23**	16.5	21	4.43***
S. Cognitivos	17	14	-3.43**	15	20	4.97***
S. Comport.	26	22	$t_{(133)}=3.4^{***}$	22	29	4.86***
Total	85	73	-3.52***	73.5	97	$t_{(138)}=-5.19^{***}$

** $p < .05$; *** $p < .001$

6.10. Resumo dos Resultados Obtidos

Apresenta-se, agora, um resumo dos resultados obtidos. O objectivo geral do presente estudo é verificar o efeito da intervenção descrita num conjunto de variáveis, de natureza fisiológica ou psicológica.

No que se refere às variáveis fisiológicas, a intervenção junto dos trabalhadores do GI resultou numa diminuição significativa da sua frequência cardíaca, da tensão arterial sistólica e da tensão diastólica, comparativamente ao momento prévio à sessão. Esta redução verificou-se quer no início quer no final da intervenção.

Os resultados obtidos permitem também constatar, estatisticamente, que a intervenção surtiu efeito na maioria das variáveis psicológicas estudadas, nomeadamente na ansiedade, na depressão, no stresse e no mal-estar no trabalho. Nestas variáveis, foi demonstrada houve uma redução significativa dos valores entre o T1 e o T2, no GI, o que não aconteceu no GC, onde, em alguns casos, os valores sofreram mesmo um aumento.

Não se verificaram alterações pós-teste (T2) ao nível da satisfação profissional e da motivação intrínseca. Ao nível da satisfação profissional, o GI apresentava, em T1, valores significativamente mais elevados que o GC; no entanto, após a intervenção (T2), a diferença esbateu-se, pois os valores do GI diminuíram; os valores do GC não sofreram qualquer alteração.

Relativamente à motivação intrínseca, ambos os grupos sofrem uma diminuição do T1 para o T2 (apenas significativa no GC). Contudo, a diferença entre os dois grupos permanece sem alterações do T1 para o T2, obtendo o GI valores mais elevados.

Estes resultados, bastante consistentes, permitem constatar que a intervenção levada a cabo junto dos trabalhadores surtiu um efeito significativo nas variáveis fisiológicas e nas variáveis psicológicas ditas “negativas”, ou seja, que causam sofrimento ou perturbam o funcionamento psicológico individual. Não obteve efeito nas variáveis “positivas”, isto é, na satisfação profissional e na motivação intrínseca. Apresenta-se, em jeito de conclusão, um quadro que resume a decisão sobre as hipóteses formuladas (tabela 23).

Tabela 23.

Síntese das Hipóteses e Respectiva Decisão após Tratamento Estatístico

Hipót	Formulação	Decisão
H1	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma redução significativa da frequência cardíaca.	Confirmada
H2	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma redução significativa da tensão arterial sistólica.	Confirmada
H3	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma redução significativa da tensão arterial diastólica.	Confirmada
H4	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma diminuição significativa do nível de ansiedade, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo	Confirmada
H5	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma diminuição significativa do nível de depressão, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo	Confirmada
H6	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma diminuição significativa do nível de stresse, comparativamente aos trabalhadores do grupo de controlo	Confirmada
H7	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam um aumento significativo da satisfação profissional, quando comparados com os trabalhadores do grupo de controlo	Não confirmada
H8	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam um aumento significativo da motivação intrínseca, quando comparados com os trabalhadores do grupo de controlo	Não confirmada
H9	Os trabalhadores do grupo experimental, quando sujeitos à intervenção, apresentam uma redução significativa dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais), em comparação com os trabalhadores do grupo de controlo	Confirmada

Capítulo VII – Discussão dos Resultados

Após apresentação dos resultados passamos agora à discussão e reflexão sobre os mesmos.

No que concerne à diminuição da frequência cardíaca nos dois momentos de avaliação, (H1) no grupo que foi sujeito à intervenção verificou-se efetivamente uma diminuição, confirmando a nossa hipótese.

A diminuição da ansiedade e do stresse introduzem alterações ao nível do sistema cardiovascular (Turner, 1994, Vaz Serra et al, 2002), nomeadamente na frequência e força da contração cardíaca. Através do relaxamento é proporcionada uma descontração muscular que passa pela percepção do ritmo cardíaco (Schultz, 1991; Hipólito, 2001). O relaxamento muscular diminui o esforço exigido ao coração para alimentar o funcionamento dos músculos em particular, e do organismo em geral. A contração muscular faz parte da reação do organismo à ameaça, a que Selye (1956) chamou de Síndrome geral de Adaptação, podendo perturbar o equilíbrio interno.

O exercício do relaxamento, tendo este efeito de descontrair os músculos em geral, incluindo o músculo cardíaco (sístole) tem um efeito na redução da tensão arterial sistólica e diastólica, facto verificado nos resultados apresentados relativamente ao grupo da intervenção, nos dois momentos de avaliação (primeiro momento do pré/pós-teste, e no segundo momento pré/pós-teste), correspondendo às hipóteses 2 e 3.

Num estudo efetuado em 1987 por Ewart et al. com estudantes universitários, os quais participaram em sessões de relaxamento, referem ter sido verificado uma diminuição da tensão arterial nos participantes após as sessões. Também, Schltz (1999) refere que através do relaxamento, estudos experimentais “comprovaram plestismograficamente um aumento da amplitude sistólica-diaastólica (...)” (p112). O mesmo autor afirma, ainda, que o treino do relaxamento proporciona diminuições ao nível da pressão arterial, da taquicardia, e da circulação sanguínea do cérebro.

Através do relaxamento é proporcionada uma descontração muscular que é acompanhada por outros indicadores psicofisiológicos, tais como baixa das pressões sistólica e diastólica, diminuição do ritmo cardíaco, aumento da temperatura periférica associada à vasodilatação, permitindo encontrar um maior conforto físico e diminuição da tensão provocada pela expressão do stresse.

Relativamente à hipótese 4 os trabalhadores do grupo que sofreu a intervenção apresentam uma diminuição significativa do nível de ansiedade comparativamente com o

grupo de controlo que aumentou os níveis de ansiedade entre o primeiro e o segundo momento de avaliação. É de sublinhar que o grupo da intervenção apresentava inicialmente níveis de ansiedade mais elevados comparativamente com o grupo de controlo, situação que depois se inverteu após a intervenção. Quanto à hipótese 6, que se referia ao stresse, verificou-se que o grupo após ter sido intervencionado sofreu um decréscimo significativo apesar de no início não se manifestarem diferenças entre os dois grupos. Elas surgem depois apresentando o grupo da intervenção uma diminuição significativa dos níveis de stresse.

O facto de o nível de ansiedade e do de stresse terem diminuído confirmam as hipóteses colocadas à partida, isto é, o relaxamento tem uma ação de descontração ao nível da totalidade da vivência do corpo, na medida em que como refere Hipólito (2011) a proposta de relaxar vai “da descontração experienciada à superfície e em profundidade, as sensações de descrição (...) a experiência do peso e do calor, a integração das diferentes cinestésias e percepções de funcionamento corporal permitem ao indivíduo viver (...) a descontração num movimento no sentido de uma globalização e harmonia da percepção de *si mesmo* e para *si mesmo* “ (p....)

A expressão somática da ansiedade (ex. ataques de pânico, agorafobia, e outras manifestações somáticas) é vivenciada pelo organismo como uma ameaça em si próprio, aumentando o stresse e criando um ciclo vicioso. A interrupção deste círculo, que abrange o sistema músculo-esquelético, respiratório e cardiovascular é facilmente modelável ao nível da tensão muscular e, deste modo, a prática do relaxamento vai inverter este círculo que de vicioso pode passar a virtuoso. De acordo com Vaz Serra (2002) “ a ansiedade é uma emoção difusa que é evocada perante uma ameaça subjetivamente sentida” (243), a qual pode surgir numa situação de stresse.

A hipótese 5 centrava-se sobre a verificação dos efeitos que a intervenção provocava nos níveis de sintomatologia depressiva. Constatou-se que houve uma diminuição dos níveis de depressão nos participantes do grupo da intervenção comparativamente com os do grupo que não foi intervencionado, sublinhando-se que, neste, os níveis aumentaram. A hipótese 9 afirmava que os trabalhadores que beneficiavam desta intervenção, apresentariam uma redução significativa dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais, em comparação com os trabalhadores do grupo de controlo). Os resultados obtidos indicam que houve no decorrer do processo da intervenção, uma mudança na vivência dos sintomas

de mal-estar (físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais) no grupo de trabalhadores, isto é, no início apresentavam sintomas de mal-estar superiores aos do grupo de controlo, no entanto, no fim verificou-se uma diminuição.

Segundo Telles-Correia e Barbosa (2009) a depressão é explicada através de um modelo que integra três aspectos os quais sintetizamos da seguinte forma: uma visão negativa de si próprio, pensamentos automáticos que correspondem por vezes a crenças irracionais, e desesperança aprendida (Seligman, 1974).

Os momentos de cariz cognitivo inspirados num trabalho desenvolvido por Jesus (1996) que foram introduzidos no decorrer de cada sessão (conceito de *self*, autoconceito e autoestima, stresse e estratégias de *coping*, gestão do tempo e liderança) podem ter contribuído para uma reorganização interna e uma tomada de consciência de si mais harmoniosa e adaptativa. Na perspetiva de Vaz Serra (2002) “não são os julgamentos em si que incomodam os indivíduos mas antes o julgamento subjetivo que deles é feito” (p. 235). Considerando-se que as emoções são desencadeadas por cognições, neste sentido a intervenção efetuada, introduzindo uma dimensão cognitiva, propiciou a obtenção de informação e reflexão a partir das temáticas acima referidas. Pode-se formular que esta reflexão acompanhada da partilha em grupo, ajudou os participantes a desenvolver outro tipo de lógicas e de significados mais adaptativos e estruturantes na sua forma de estar no mundo, e, conseqüentemente produziram um efeito na diminuição de sintomas depressivos. Segundo Silva, Souza, Júnior, Canêo, e Lunardelli (2009) os sintomas depressivos provocados pelo trabalho (ex. frustrações, perturbações digestivas, humor depressivo, dificuldades de concentração, alterações do sono, alterações da libido) desencadeiam sofrimento, expresso através deste tipo de manifestações.

Também o estado de descontração provocada através do relaxamento e autodescoberta progressiva do seu corpo e das vivências que dele fazem parte, contribuíram para alterar alguma da sintomatologia depressiva e aumentar o sentimento de um maior bem-estar. O facto prática do relaxamento ter um efeito sobre a diminuição da depressão e da ansiedade, ultrapassa, de certa forma, a diminuição do risco de psiquiatrização a que os trabalhadores recorrem para diminuir estas sensações de mal-estar (Brant & Minayo-Gomez, 2008).

Relativamente à hipótese 7 (Os trabalhadores do grupo da intervenção apresentam um aumento significativo da satisfação profissional, quando comparados com os trabalhadores do grupo de controlo) e à hipótese 8 (Os trabalhadores do grupo da

intervenção apresentam um aumento significativo da motivação intrínseca, quando comparados com os trabalhadores do grupo de controlo) não foram confirmadas através dos resultados. Ambas pretendiam avaliar se o nível de satisfação profissional e a motivação, sofriam mudanças após a intervenção.

No que respeita aos aspectos associadas ao stresse, especificamente de ordem somática e de componente psicoafectiva, a prática do relaxamento permitiu aos participantes uma melhoria das sintomatologias desencadeadoras de mal-estar físico e emocional (verificado nas H1, H2, H3, H4, H5 e H9).

Apesar dos participantes do grupo em que foi realizada a intervenção se sentirem menos tensos e vivenciarem estados de diminuição de mal-estar no desempenho das suas funções, esta não foi acompanhada por um aumento ao nível da satisfação e motivação do trabalho. Os resultados dão uma indicação que a pessoa através deste tipo de intervenção, adquire benefícios que lhe permitem trabalhar com menos tensão, ansiedade e depressão. No entanto, as outras variáveis, satisfação no trabalho e motivação, parecem ser influenciadas por outros factores, tais como, a apreciação do desempenho, as condições de trabalho, as políticas e procedimentos da organização, o vencimento justo e segurança (Spector, 1997; Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959, Dawis & Lofquist, 1984). Como diz Neves (2001) a motivação depende “(...) do desejo de adotar níveis de esforço com vista a alcançar objetivos organizacionais, na condição de tais esforços conduzirem à satisfação de alguma necessidade individual” (p. 260).

Pode-se questionar se para dar respostas a estas duas hipóteses por nós formuladas, se não será necessária a elaboração de outro tipo de programas ou a complexificação do programa por nós utilizados.

7.1. Conclusão

No desenvolvimento do presente trabalho investigámos e tentámos compreender, dentro do contexto organizacional, que aspectos podiam contribuir para a obtenção de melhores níveis de bem-estar nos trabalhadores.

De forma global o funcionamento humano assenta na complexidade das interações que estabelece com os vários sistemas que compõem o seu universo: a relação que estabelece consigo próprio, com as várias dimensões dos grupos em que está inserido, tais como a família, as relações de amizade, as ligações profissionais e a integração na sociedade do contexto cultural ao qual pertence. Este encadeamento de pertenças e de vivências não é inócuo, existindo da parte do indivíduo uma necessidade constante de adaptação às características, exigências e restrições com que se confronta no quotidiano.

Segundo alguns autores (Cooper, Schabracq, & Winnubst, 1998), à partida, os processos de sociabilização facilitam a integração da pessoa nos diferentes tecidos sócio afetivos, dentro dos quais podemos incluir o profissional que, para além, da autonomia proporcionada lhe permite uma autorrealização no decurso da sua existência.

A pessoa vai interiorizando um conjunto de esquemas - representações sociais - (Moscovici, 1984; Schabracq, 1991,1992) que a ajudam a dar consistência à sua integração, ao desenvolvimento de expectativas, à aquisição de um sistema de valores e de crenças.

Do ponto de vista laboral, a aquisição de um conjunto estruturado de representações sociais condiciona a forma como determinados processos e atividades são realizadas nas organizações, não descurando a ambição de que, o seu funcionamento e a sua contribuição são úteis para a manutenção da saúde e do bem-estar (Cooper, Schabracq & Winnubst. 1998).

A contribuição das Ciências Sociais e Humanas tem permitido um novo olhar sobre as condições de trabalho que desencadeiam mal-estar (Bendasolli, 2011). Este movimento suscitou o desejo de compreender e criar condições que sejam facilitadoras do bem-estar no trabalho (Billiard, 2001; Cooper, Schabracq & Winnubst, 1998) estimulando a procura de estratégias de diminuição do sofrimento de natureza fisiológica e psicológica.

Segundo Luilier (2009) o sofrimento ou mal-estar no trabalho resulta de um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os recursos oferecidos para lidar com elas. Assente em contributos de diversos autores, Luilier (2009) sublinha que sofrimento no trabalho pode ser devido a factores, tais como, sobrecarga de trabalho, remuneração

desajustada, desemprego, não reconhecimento, assédio moral do trabalho, e baixa autoestima.

Efetivamente todos os aspetos acima mencionados podem ser desencadeadores de stresse, ansiedade, depressão, insatisfação com o trabalho e desmotivação (Semmer, Zapf & Greif, 1994; Zapf, 1989; Greiner & Leitner, 1989).

Não sendo indiferentes às problemáticas da sociedade em que estamos inseridos, onde cada vez mais existem evidências dos sintomas mencionados, decidimos fazer uma intervenção com um grupo de trabalhadores inseridos em organizações e fazendo a comparação com outros trabalhadores que não tiveram o tipo de ação programada. Esta inclui uma dimensão de cariz informativo, reflexivo e pedagógico e outra relacionada com o experienciar do corpo através da prática do relaxamento.

Efetivamente, verificaram-se alterações significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stresse, tendo como consequência o aumento do maior bem-estar nos participantes que sofreram a intervenção. Estes resultados estão em sintonia com os de outros estudos efectuados (Jesus, 2000; Vasconcelos & Faria, 2008; Hespanhol, 2005; Trigo, Teng & Hallak, 2007; Vaz Serra, 2000; Lipp, Pereira & Sadir, 2005; Ribeiro et al. 2004) espelhando a importância da manutenção da saúde e bem-estar no contexto o laboral.

Sublinhamos que na presente investigação, apesar de se verificar a diminuição da tensão, a ansiedade e a depressão, evidenciando sensações de menor mal-estar e mais conforto, não foram encontrados resultados que indicam mudanças significativas na satisfação e motivação. Segundo Murcho e Jesus (2000) a motivação e satisfação estão, em certa medida, condicionadas pelo aparecimento de energia, desencadeada opor factores internos ou externos, que molda o comportamento no sentido do seu empenho e envolvimento no trabalho. Motivação e a satisfação surgem normalmente associadas como fazendo parte de uma mesma moeda e o seu efeito positivo traduz-se com mais ênfase na produtividade, responsabilidade e obtenção de bons resultados laborais do que na importância atribuída aos aspectos remuneratórios. (Tamayo & Paschoal, 2003).

Portanto, apesar de terem sido encontradas mudanças significativas ao nível da maior parte das variáveis estudadas, consideramos que a não existência de mudanças significativas ao nível da satisfação e motivação no trabalho, requerem uma reflexão.

Está estudado que as situações de tensão, de depressão, de ansiedade e de stresse podem contribuir para atingir estados de *burnout* tendo interferência na diminuição ou

ausência da motivação. Contudo, no estudo verifica-se que, apesar de aumentar o sentimento de bem-estar geral, a pouca motivação e satisfação com o trabalho mantiveram-se.

Com base nos resultados encontrados equacionamos a necessidade de, futuramente noutras investigações, incluir outros parâmetros na implementação dos programas de intervenção, que permitam obter mais informação sobre as causas que têm uma maior influência no aumento da motivação e satisfação no trabalho. Efetivamente, de acordo com os estudos referidos ao longo do nosso estudo, estas variáveis são um complemento importante na integração do sentimento de bem-estar ao nível organizacional.

Na nossa reflexão final, ocorre-nos pensar até que ponto as condições e organização do trabalho, os tipos de liderança, a autonomia e envolvimento na tomada de decisões, entre outras, estão mais ligadas aos aspectos da satisfação e motivação no trabalho.

Ao longo do presente estudo fomos confrontando com alguns aspetos fora do nosso controlo, os quais constituem limitações, como passamos a descrever:

Reserva dos participantes em exprimir o seu estado de mal-estar na medida em que a intervenção se passava no contexto organizacional e, portanto, através dos resultados podiam sentir-se expostos. Outra limitação foi a dimensão da amostra leva-nos a resultados que são mais difíceis de generalizar. No contexto atual de crise as pessoas tem pouca disponibilidade de tempo e de condições afetivas para se distanciarem da sua vida quotidiana de modo a afastarem-se dos elementos stressores.

Uma vez que as variáveis de motivação e satisfação com o trabalho não foram positivamente afetadas por esta intervenção poder-se-ia iniciar, num enquadramento de investigação-ação, um levantamento de necessidades e posterior desenvolvimento de um protocolo de intervenção adequado.

Apesar destas limitações, parece-nos que com esta Investigação contribuímos para evidenciar a importância de intervenções orientadas para a promoção da saúde organizacional, visando a redução do mal-estar e o aumento do bem-estar dos colaboradores.

Bibliografia

- Alcobia, P. (2001). Atitudes e Satisfação no Trabalho. In Ferreira, J. M. C., Neves, J. & Caetano, A. (eds). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw Hill, 281-306
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós- traumática de stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 239-320.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios (cap. II e III).
- Amaral, D.,J. & Siqueira, M.,M.,M. (2004). Relações entre Percepção da Estrutura Organizacional e Bem-estar de Profissionais de uma Empresa em Processo de Privatização. ISPA (org.). Atas 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA, 671-678
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Ajuriaguerra, J. (1959). *L'Entraînement psychophysiologique par la relaxation*. Expansion Scientifique Paris. Retrieved from <http://www.enotes.com/psychoanalysis-encyclopedia/relaxation-psychotherapy>.
- Anderson, N., & West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behaviour*, 19, 235–258.
- Arnold, J., Robertson, I.T., & Cooper, C.L. (1993). *Work psychology; understanding human behaviour in the workplace*. London: Pitman
- Askenazy, P. (2004). *Les Désordres du Travail. Enquête sur le productivisme*. Paris: Seuil.
- Ayoko, O. & Callan, V. (2009). Teams' reactions to conflict and teams' task and social outcomes: The moderating role of transformational and emotional leadership. *European Management Journal*. doi:10.1016/j.emj.2009.07.001
- Averill, J., R. (1986). The acquisition of emotions during adulthood. In Harré, R. (ed.). *The Social Construction of Emotions*. Oxford: Basil Blackwell. 98-118.
- Bandura, A. (1986). Social Learning Theory e Social Foundations of Thought and Action. Self Efficacy in Changing Societies. In *Infopédia Porto Editora*. Retrieved 18 Junho 2013, from [http://www.infopedia.pt/\\$albert-bandura](http://www.infopedia.pt/$albert-bandura)
- Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bakker, A .B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, E. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

- Benavides-Pereira, A. & Moreno-Jiménez, B. (2003). O Burnout e o profissional de Psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1 (1), 68-75.
- Bidee, J., Vantilborgh, T., Pepermans, R., Huybrechts, G., Willems, J., Jegers, M., & Hofmans, J. (2013). Autonomous motivation stimulates volunteers' work effort: A self-determination theory approach to volunteerism. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 24 (1), 32-47. doi:10.1007/s11266-012-9269-x
- Biddle, B.J., and Marlin, M.M., 1987. Causality, confirmation, credulity, and structural equation modelling. *Child Development*. 58 (1), 5-17.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1981). The role of *Coping* responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-57.
- Björn, N. (2010). *Estratégias de Relaxamento e Seus Benefícios: Uma Investigação durante o Período de Gravidez*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro.
- Bohus, B. & Koolhass, J. (1993). Stress and cardiovascular system: Central and peripheral physiological mechanism. In Standford, S. & Salmon, P. (eds.), *Stress – From Synapse to Syndrome* London: Academic Press. 75-117.
- Brant, L. C. & Minayo-Gomez, C. (2008). Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (26), 667-676.
- Brehm, J. & Mann, M. (1975). Effect of importance of freedom and attraction to group members on influence produced by group pressure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(5), 816-824. doi:10.1037/h0076691
- Brennikmeijer, V., VanYperen, N.W. & Buunk, B.P. (2001). Are not identical twins: Is superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Brody, B. E. (1988). Employee assistance programs: An historical and literature review. *American Journal of Health Promotion*, 2, 13-19.
- Bruggemann, A., Groskurth, P. & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Huber: Berna.
- Bruno-Faria, M. F. F. (2000). *Análise da relação entre os conceitos de criatividade, inovação e mudança organizacional*. Mimeo. (obra original 1995)

- Burke, C., Stagl, K., Klein, C., Goodwin, G., Salas, E. & Halpin, S. (2006). What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis. *The Leadership Quarterly*, 17, 288-307. doi:10.1016/j.leaqua.2006.02.007
- Caetano, A. (2001). Mudança e Intervenção Organizacional. In J. M. Carvalho Ferreira, J. Neves, & A. Caetano (2001). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Caldwell, D. F. & O'Reilly, C. A. (1990). Measuring person-job fit with a profile-comparison process. *Journal of Applied Psychology*, 75, 648-657
- Carr, J., Z., Schmidt, A., M., Ford, J.K. & Deshon, R., P. (2003). Climate Perceptions Matter: A Meta-Analytic Path Analysis Relating Molar Climate, Cognitive, and Affective States, and Individual Level Work Outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 88, 4, 605-619.
- Cavalcanti, M. (2001). *Gestão estratégica de negócios: evolução, cenários, diagnóstico e ação*. (org.) São Paulo: Pioneira Thomson Learning,
- Cavalcanti, C. A. A., Nóbrega, J. A. B., Enders, B. C. & Medeiros, S. M. (2008). Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 10(1), 241-248. Acedido em 3 de Janeiro de 2010 em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>
- Caycedo, A (1969). Description schématique de l'entraînement autogène de Schultz. In *Progrès en Sophrologie*, Emegé
- Caycedo, A. (1973). *Sofrología Médica. Oriente-Ocidente*. Barcelona: Aura.
- Chen, G., Kanfer, R., DeShon, R., Mathieu, J. & Kozlowski, S. (2009). The motivating potential of teams: Test and extension of chen and Kanfer's cross-level model of motivation in teams. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 110, 45-55. doi:10.1016/j.obhdp.2009.06.006
- Chianaveto, I. (2004). *Introdução à Teoria Geral da Administração – Uma Visão Abrangente da Moderna Administração das Organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à coeur*. Paris: La Découverte.
- Collin, C., Benson, N., Ginsburg, J., Grand, V., Lazyan, M. & Weeks, M. (2012). *Psychologues – Les Grandes Idées Tout Simplement*. Gennevilliers: Prisma.
- Compas, B., E., Davis, G., E., Forsythe, C., J. & Wagner, B., M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The adolescence perceived events scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 534-541.

- Coolican, H. (2007). *Research methods and statistics in psychology* (4th Ed.). London: Hodder Arnold. (Obra original publicada em 2004).
- Cooper, C., L. & Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: Uma revisão da literatura relacionada com doenças das coronárias e com a saúde mental. *Análise Psicológica*, II (2/3), 153-170.
- Cooper, C., L. (1993). Identifying workplace stress: costs, benefits and the way forward. In: *European Conference on Stress at Work. A call for action: proceedings*. Brussels: European Foundation for the improvement of living and working conditions, 9-10
- Cooper, C., L., Schabracq, M., J. & Winnubst, J., A., M. (2003). Preface. In Schabracq, J., A., M. & Winnubst, J., A. M & C. L. (eds), *Handbook of Work and Health Psychology* (2^a ed).. UK: Wiley Chichester, pp. 15-16
- Creswell, J. W. (2007). *Projecto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2^a Ed.). (Tradução de Costa, L. O.). Porto Alegre: Artmed.
- Cropanzano, R., James, K. & Citera, M. (1993). A goal hierarchy model of personality, motivation, and leadership. *Research in Organizational Behavior*, 15, 267–322.
- Csikszentmihalyi, Mihaly (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row. ISBN 0-06-092043-2
- Csikszentmihalyi, M. (1996) *Creativity: Flow and the Psychology of Discovery and Invention*. New York: HarperCollins
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Fluir*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Cummings, J. (2004). Work groups, structural diversity, and knowledge sharing in a global organization. *Management Science*, 50(3), 352-364. doi:10.1287/mnsc.1030.0134
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*, (5a Ed). Lisboa: RH Editora.
- Damásio, A. (1999). *O Sentimento de Si – O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa – as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Lisboa: Publicações Europa-América
- Damon, W. & Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, 53, 841-864.
- Daniel, C., & Souza, M. (2006). Modos de subjetivar e de configurar o sofrimento: depressão e modernidade. *Psicologia em Revista*, 12(20), 117-130.
- Davidson, O. B., Eden, D., Westman, M., Cohen-Charash, Y., Hammer, L. B., Kluger, A. N. & Spector, P. E. (2010). Sabbatical leave: Who gains and how much? *Journal of Applied Psychology*, 95, 953–964. doi:10.1037/a0020068

- Dawis, R. V. & Lofquist, L. H. (1984). *A Psychological Theory of Work Adjustment*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- De Croon, E. M., Sluiter, J. K. & Frings-Dresen, H. W. (2003). Need for recovery after work predicts sickness absence: A 2-year prospective cohort study in truck drivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 331–339.
- Deevyd, E. (1997). *Creating the Resilient Organization. A Rapid Response Management Program*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Dejours, C. (1996). Uma visão do sofrimento humano nas organizações. In Chantal, J. (org.), *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* (pp. 149-174). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.
- Dejours, C. (2010). Um suicídio no trabalho é uma mensagem brutal. *Público*. Retrieved from http://www.publico.pt/Sociedade/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal_1420732?all=1
- Delbrouck, M. (2006). Síndromes associadas ou conexas com a exaustão. In M. Delbrouck (Coord.), *Síndrome de exaustão (burnout)*. Lisboa: Climepsi, 77-98
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Descamps, M., V.(2004). *Vulnerabilidade socio ambiental na região metropolitana de Curitiba*. Tese de Doutorado. Univ. Federal do Paraná.
- Diniz, L. S. (2006). *Vivências de mal-estar e bem-estar no trabalho em central de teleatendimento governamental*. Dissertação de Mestrado, Univ. Brasília.
- D'Souza, R. M., Strazdins, L., Lim, L. L. Y., Broom, D. H. & Rodgers, B. (2003). Work and health in a contemporary society: Demands, control, and insecurity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 849–854
- Duarte, L. (1993). Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Revista de Saúde Coletiva*, 3(2), 43-73.
- Dunham, J. (1992) *Sress in Teaching*. Revista Ilustrada. Ed. Routledge. ISBN: 0415066352, 9780415066358
- Dumont, L. (1993). *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Durkheim, E. (1912/1967) *The Elementary Forms of Religious Life*. New York: Free Press.

- Eden, D. (2001). Vacations and other respites: Studying stress on and off the job. In Cooper, C. L. & Robertson, I. T. *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 16, pp. 121–146). Chichester, England: Wiley.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris: Odile Jacob.
- Engel, G. (1977). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedecine. *Science, New Series*, 196 (4286), 129-136
- Epstein, S., & Katz, L. (1992). Coping ability, stress, productive load, and symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 813-825. doi:10.1037/0022-3514.62.5.813
- Esteves, F. C., & Galvan, A. L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, 24, 127-135.
- Esteve, J. (1992). Mudanças sociais e função docente. In Nóvoa, A. (Ed.). *Profissão Professor*. Porto: Porto Editora, 95-124.
- Fernet, C. (2013). The role of work motivation in psychological health. *Canadian Psychology*, 54 (1), 72-74. doi: [10.1037/a0031058](https://doi.org/10.1037/a0031058)
- Fierro, A. (1997). Estrés, Afrontamiento y adaptación. In Hombrados, M. (org.), *Estrés Y Salud* (pp. 9-38). Valencia: Promolibro.
- Finotti, M. A. (2004). *Estilos de vida: Uma contribuição ao estudo da segmentação de mercado*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fiore, M. (1992). Trends in cigarette smoking in the United States: The Epidemiology of tobacco use. *The Medical Clinics of North America*, 76, 289- 303.
- Fisher, S. (1986). *Stress and Strategy*. London: Lawrence Erlbaum.
- Flaherty, M. (1986). Preschool children's conceptions of health and health behaviours. *Maternal Child Nursing Journal*, 15(4), 205-265.
- Flaxman, P. E., Ménard, J., Bond, F. W. & Kinman, G. (2012). Academics experience of a respite from work: Effects of self-critical perfectionism and perseverative cognition on postrespite well-being. *Journal of Applied Psychology*, 97(4), 854-865.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5, (1) 33-38.
- Fierro, A. (1997). Estrés, Afrontamiento y adaptación. In Hombrados, M. (org.), *Estrés Y Salud* (pp. 9-38). Valencia: Promolibro.
- Fisher, S. (1994). *Stress in Academic Life – The Mental Assembly Line*. Buckingham: Society for Research into Higher Education and Open University Press.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it Changes it Must be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality*

- and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), 839-852.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Foucault, M. (1988). *A Microfísica do Poder*. S. Paulo: Graal
- Frese, M. (1985). Stress at work and psychosomatic complaints: a causal interpretation. *Journal of Applied Psychology*, 70, 314–28.
- Freud, S. (1996). *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago (1º ed. 1917)
- Fromm, E. (2002). *A Arte de Amar*. Cascais. Pergaminho (ed. original, 1956)
- Gagné, M., & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331–362
- Gagné, M., Ryan, R., & Bargmann, K. (2003). Autonomy support and need satisfaction in the motivation and well-being of gymnasts. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15(4), 372–390.
- Galinha, I. & Pais Ribeiro J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gameiro, S. et al. (2008). Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida na População em Geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 9 (1), 103-112
- Gardner, Howard, Csikszentmihalyi, Mihaly, and Damon, William (2002). *Good Work: When Excellence and Ethics Meet*. New York, Basic Books.
- George, J., & Jones, G. (2002). *Organizational behavior* (3ª edição). New Jersey: Prentice Hall.
- Gil-Monte, P.R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermária. *Revista Eletrónica InterAcção Psy*, 1, 19-33.
- Guimarães, S. & Boruchovitch, E. (2004). O estilo motivacional dos professores e a motivação intrínseca dos estudantes – uma perspectiva da teoria da auto-determinação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(4), 143-150.
- Gordon, T. (1998). *Para o desenvolvimento da eficácia na liderança*. Loures: Encounter
- Grint, K. (2001). *The sociology of work* (2.ª edição). Cambridge, England: Polity.
- Grotberg, E. (2005). Novas Tendências em Resiliência. In Melillo, A. & Ojeda, E. (orgs.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.15-22). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Gui, R. (2002). Prazer e sofrimento no trabalho: representações sociais de profissionais de recursos humanos. *Psicologia: ciência e profissão*, 22(4), 86-93.
- Guimarães, S. & Boruchovitch, E. (2004). O estilo motivacional dos professores e a motivação intrínseca dos estudantes – uma perspectiva da teoria da auto-determinação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(4), 143-150.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250–79.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 159–70.
- Hackman, J. R. & Lawler, E. E. (1971). Employee reactions to job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 55, 259–86.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. In Schaufeli, W. B., Maslach, C. & Mared T. (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 95-113). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Härmä, M. (2006). Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32(6), 502–514.
- Heiman, G. (1998). *Understanding research methods and statistics - an integrated introduction for Psychology*. Boston & New York: Houghton Mifflin Company.
- Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 102-108.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: John Wiley & Sons.
- Hill, E. J. (2005). Work-family facilitation and conflict, working fathers and mothers, work-family stressors and support. *Journal of Family Issues*, 26, 793-819.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª. edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hipólito, J., Laroche, R. (1983). La relaxation – une approche anthropanalytique. *Psiquiatria Clínica* 4(4), 195-195.
- Hipólito, J., Lazzega, M. & Laroche, R. (1987). Relaxation : An Anthropanalytical and Person Centered Approach. *Acta Psiquiátrica Portuguesa* 33(2), 65-69.
- Hipólito, J. (2001). A terapia centrada na pessoa e a abordagem do corpo pelo relaxamento. *A pessoa como centro: Revista de Estudos Rogerianos*, 8, 57-63.

- Hipólito, J., (2011). *Auto-organização e Complexidade : Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. (org. Odete Nunes). Lisboa : EDIUAL
- Hirigoyen, M. F. (1998). *Le harcèlement moral*. Paris: La Découverte.
- Hobfoll, S. E. & Shirom, A. (1993). Stress and burnout in the workplace: Conservation of resources. In Golombiewski, T. (org.), *Handbook of organizational behaviour*. New York: Marcel Dekker., 41-46
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*, 513–524. doi:10.1037/ 0003-066X.44.3.513
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, *50*, 337–370.
- Hochschild, A. (1997). *The Time Bind: When Work Becomes Home and Home Becomes Work*. New York: Henry Holt & Co.
- Holmes, T., H. & Rahe, R., H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 213-218
- Horton, P. B., & Hunt, C. L. (1980). *Sociologia*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Iaffaldano, M.T. and Muchinsky, P.M. (1985). *Job satisfaction and job performance: a meta-analysis*. *Psychological Bulletin*, *97*, 251-73
- Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M. & Phillips, J. S. (1990). Worksite stress management interventions. [Special Issue]. *American Psychologist*, *45*, 252-261.
- Jacques, M. G. C., Amazarray, M., R. (2006). Trabalho Bancário e Saúde Mental no Paradigma da Excelência. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, *20* (1)
- Jacobs, R. & Solomon, T. (1977). Strategies for enhancing the prediction of job performance from job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, *62*, 417-421.
- Janssen, P. M., Peeters, M. C. A., De Jonge, J., Houkes, I. & Tummers, G. E. R. (2004). Specific relationships between job demands, job resources and psychological outcomes and the mediating role of negative work-home interference. *Journal of Vocational Behavior*, *65*, 411–429.
- Jesus, S.N. (1996). *Influência do professor sobre os alunos*. Porto: Edições ASA.
- Jesus, S. N. (1996). *Motivação para a profissão docente*. Coleção Ciências da Educação e Desenvolvimento Humano, 14. Aveiro: Estante Editora.
- Jesus, S. N. (1998). *Bem-estar dos professores. Estratégias para realização e desenvolvimento profissional* (2.^a edição). Porto: Porto Editora.

- Jesus, S. N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Jesus, S. N. (2001). Fatores de mal e de bem-estar em profissionais de educação e de saúde. In *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Manuel Gomes Guerreiro* (p. 197-206). Faro: Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve.
- Jesus, S. N. (2002). *Perspetivas para o bem-estar docente*. Porto: ASA Editores.
- Jesus, S. N. (2004). *Psicologia da educação*. Coimbra: Quarteto.
- Jesus, S. N., Santos, J. C. V., Stobäus, C. D., & Mosquera, J. J. M. (2004). Formação em gestão de stresse. *Revista Mal-estar e Subjectividade*, 4(2), 358-371
- Jesus, S. N., & Costa, L. (2004). *A stress management prevention program for teachers and health professionals*. Paper presented at the 25th International Conference for Stress and Anxiety (STAR Conference), Amsterdam, Holland.
- Jesus, S. N. (2006). Bem-estar em Psicologia da Saúde. In Leal, I. (org.), *Perspetivas em Psicologia da Saúde* (pp. 81-97). Coimbra: Quarteto Editora.
- Judith, B. (2002). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gravita.
- Kahn, R. L., Wolfe, D., Quinn, R., Snoek, J. & Rosenthal, R. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1998). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry* (9.^a edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.
- Karasek, R.A. (1998) Demand/control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In Stellman, J. (ed.), *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (pp. 34.6-34.14). Geneva: International Labour Office.
- Karatepe, O.M., Yavas, U., Babakus, E., Avci, T., (2006). Does gender moderate the effects of role stress in frontline service jobs? *Journal of Business Research* 59 (10–11), 1087–1093.
- Katzman, M. S. & Smith, K. J. (1989). Evaluation of occupational health promotion programs. *Employee Assistance Quarterly*, 4, 27-46.
- Kets De Vries, M., Korotov, K. (2005). The future of an illusion: In search of the new European business leader. *Organizational Dynamics*, 34(3), 218-230. doi:10.1016/j.orgdyn.2005.06.003
- Kizter, K. W., Folkers, L. F., Felten, P. G. & Neimeyer, D. (1992). Quality assessment in worksite health promotion. *American Journal of Preventive Medicine*, 8, 123-127.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Los Angeles: University of California Press.
- Krantz, G. & Östergren, P. (2000). Common symptoms in middle aged women: Their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 192–199.
- Krohne, H W, (1996). Individual differences in coping. In M Zeidner and N S Endler (Eds), (1996). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: Wiley, 381–409. (1^o Ed. 1986)
- Korman, A. K. (1978). *Psicología de la Industria e de las Organizaciones*. Madrid: Marova.
- Laneiro, T. (2011). *Climas Organizacionais Autentizótica, Estratégias de Coping, Equipas de Elevado Desempenho e Experiência ótima*. Tese de Doutoramento
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença* (1.^a edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Laquer, T. (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Lawler, E. & Hall, D. (1970). Relationship of job characteristics to job involvement, satisfaction, and intrinsic motivation. *Journal of Applied Psychology*, 54, 305-312.
- Lazarus, S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. (1995). Psychological stress in workplace. In Crandall, R. & Perrewê, P. (eds.), *Occupational stress: a handbook* (pp. 3-14). Washington: Taylor & Francis.
- Lazarus, R. S. (1991). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGrawHill
- Lazarus, R. (2000). Evolution of a Model of Stress, Coping and Discrete Emotions. In Rice, V. (ed.), *Handbook of stress, coping and health – implications for nursing, research, theory and practice* (pp. 195-222). California: Sage.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. In Schaufeli, W., Maslach, C, & Marek, T. (eds.), *Professional Burnout– Recent Development in Theory and Research* (pp.). United States of America: Taylor & Francis
- Leiter, M. P. & Durup, M. J. (1996). Work, home and in between: A longitudinal study of spillover. *Journal of Applied Behavioural Science*, 23, 29–47.
- Lévesque G. (1998). Estime de soi et séropositivité. In: Bolognini, M.; Préteur, Y. *Estime de soi, perspectives développe- mentales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé

- Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created 'social climates.' *Journal of Social Psychology, 10*, 271–299.
- Lewis, M., E. & Howard, R. (1993). *Fenómenos Psicossomáticos: Até que ponto as emoções podem afetar a saúde.* (4ª ed.) Rio de Janeiro: Olympio.
- Lima e Silva (2002) & Peiró, J.M. (2001). El Estrés Laboral: Una perspectiva individual y colectiva. *Revista del Insight, 13*, 18-38.
- Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions, 91*, 85-101.
- Llorens, S., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B. & Salanova, M. (2006). Testing the robustness of the Job Demands–Resources model. *International Journal of Stress Management, 13*, 378–391.
- Locke, E., A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology.* Chicago: McNally, 1294-1343
- Loo, R. (2003). Assessing “team climate” in project teams. *International Journal of Project Management, (21)* 511-517. doi:10.1016/S0263-7863(02)00058-3
- Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions, 91*, 85-101.
- Maisonneuve, J. A. (1967). *A Psicologia Social.* S. Paulo: Difuso Europeia do Livro
- Maneti, M. L., & Marziale, M. H. P. (2007). Factores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia, 12(1)*, 79-85.
- Matheny, K. B., Aycock, D. W., Pugh, J. L., Curlette, W. L., & Silva Cannella, K. A. (1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *The Counseling Psychologist, 14*, 499-549.
- Maran, J. (1941). *Filosofia do Yoga.* São Paulo: Edições Loyola.
- March, H.W. (1986). Global self-esteem: its relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1224-1236.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica.* São Paulo: Editora Atlas.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas.* Lisboa: CLIMEPSI.
- Martins, M. H. & Jesus, S. N. (2007). Factores de resiliência e bem-estar: Compreender e actuar para resistir. In Siqueira, M., Jesus, S. & Oliveira, V. (orgs.), *Psicologia da*

Saúde, Teoria e pesquisa (pp. 85-113). São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo & Universidade do Algarve.

- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3.^a edição). Lisboa: Sílabo.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory* (2.^a edição). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional view of burnout. In Cooper, C. L. (org.), *Theories of organizational stress* (pp. 68–85). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Maslach, C., Schaufeli W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psycho*, 52, 397–422.
- Maslach, C. (2009). Entendendo o burnout (Understanding burnout). In: *Ciência e Trabalho*. Ano 11. N.º 32. p. 37-43.
- Mauno, S., Kinnunen, U. & Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 70(1), 149–171.
- Mauro, M. Y. C., Muzi, C. D., Guimarães, R. M. & Mauro, C. C. C. (2004). Riscos ocupacionais em saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 12, 338-345.
- Mauser-Dorsch, H. & Eaton, W. (2000). Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health*, 90, 1765–1769.
- Maslow, A. (1987). *Motivation and personality* (3.^a edição). New York: Longman
- May, R. (1988). *A Descoberta do Ser*. Rio de Janeiro: Rocco (1^a ed. 1983)
- Meglino, B., Ravlin, E. & Adkins, C. 1989. A work values approach to corporate culture: A field test of the value congruence process and its relationship to individual outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 74: 424-432.
- Meichenbaum, D. (1987). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press
- Meyer, A. (1905). A discussion on the classification of the melancholics. *J Nerv Ment Dis* 1905;32:114-7
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Meyer, J., P., Irving, G., Allen, N. J. (1998). Examination of the combined effects of work values and early work experiences on organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 19 (1), 29-52, 1998.
- Molinero (Yogakrisnanda) (s.d.). *Aulas secretas de um guru - Técnicas de iniciação Oriente-Occidente no método Chelá-Yoga* (2.^a edição). Lisboa-Porto: Centro do Livro Brasileiro.
- Morgan, R.M., and Hunt, S.D., 1994. The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*. 58 (July), 1994.
- Murcho, N. A. C. & Jesus, S. N. (2007). Absentismo laboral e *burnout* nos enfermeiros. In Siqueira, M., Jesus, S. & Oliveira, V. (orgs.), *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 321-336). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Murcho, N. A. C. (2006). *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro.
- Murcho, N. A. C., Jesus, S. N. & Pacheco, J. E. P. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, saúde & doenças*, 10 (1), 57-68.
- Murcho, N. A. C., Jesus, S. N. & Pacheco, J. E. P. (2013). Estudo dos factores predisponentes do mal-estar ocupacional nos enfermeiros. *Revista de investigação em enfermagem*, 2013, 9-18.
- Mullen, B., & Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 43-49.
- Neves, J., G. (2001). *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanas*. Lisboa: RH
- Newstrom & Davis, (1993). *Organizational behavior: Human behavior at work*. New York: McGraw-Hill (9^o edição).
- Nunes, M. (2001). *Drougues, valeurs et communautés (valeurs, coping autonomie et sociabilité)*. Tese de doutoramento não publicada, Université Toulouse-Le-Mirail, Toulouse.
- O'Donnell, M. P. (1986). Definition of health promotion - part II: Levels of programs. *American Journal of Health Promotion*, 1, 6-9.
- Oliveira, L. (2001). Formação contínua e mudança dos professores. *Educação & Comunicação*, 5, 77-90
- Pacheco, J. & Jesus, S. (2007). Burnout, Coping e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde. In Siqueira, M., Jesus, S. & Oliveira, V. (orgs.), *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa* (pp. 25-39). São Paulo: Universidade Metodista.

- Pais Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA. □ Pais-Ribeiro J. (2004). Quality of Life is a Primary End-Point in Clinical Settings. *Clinical*
- 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.
- Pais Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Quarteto
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso
- Parker, C. P., Baltes, B. B., Young, S. A., Huff, J. W., Altmann, R. A., Lacost, H. A., et al. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 389-416.
- Parker, G. & Brotchie, H. (2009). Major depression invites major concerns. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 3-6.
- Paulino, M. & Dias Cordeiro, J. (1986). Ansiedade em Medicina, Cirurgia e Psiquiatria. (org. J. Dias Cordeiro) *Manual de Psiquiatria clinica* (1ª edição). Lisboa: Edição Calouste Gulbenkian
- Pereira, O. (2004). *Fundamentos de comportamento organizacional* (2.ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pisetta, M., A., M. (2008). Angústia e subjetividade. *Revista. Mal-Estar Subjetivo*, 8 (1) 73-88, ISSN 1518-6148
- Peterson, C., Park, N., & Sweeney, P. (2008). Group well-being: Morale from a positive psychology perspective. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 19-36. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00352.x
- Petty, Mcgee & Convender, 1984 pag 18
- Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. In: Bruchon-Schweitzer, M., Danter, (Eds). *Introduction à la psychologie de la santé. Collection psychologie d'aujourd'hui*. Paris : PUF
- Rafnsdottir, G. L., Gunnarsdottir, H. K. & Tomasson, K. (2004). Work organization, well-being and health in geriatric care. *Work*, 22, 49-55.
- Ribeiro, M. A. T. (1995). Mulheres revascularizadas e hipertensas: o coping falhou? – relação entre variáveis psicossociais de stress e doenças coronarianas e hipertensivas em mulheres. Resumo de: DEDALUS: Dissertação de Mestrado, USP, São Paulo, Brasil.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy* (13.ª edição). London: Constable.

- Rogers, C. (1979). *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Rowhr, M. (1989). *Coping with Stress in college – everything students need to know to manage the pressures of college life*. New York: The College Board.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2007). *Kaplan & Sadock- Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9.^a edição). Porto Alegre: Artmed
- Santos, J. (2007). Satisfação Profissional e Saúde. *Psicologia da Saúde*, Siqueira, M., M., M., Jesus, S., Oliveira., V., B. S. Paulo: Universidade Metodista.
- Santos, J., & Gonçalves, G. (2010). A cultura organizacional: O impacto visível de uma dimensão invisível. *PSICO*, 41(3), 393-398. Porto alegre: PUCRS.
- Sapir, M. (1993). *La relaxation à inductions variables*. Grenoble : La Pensée Sauvage
- Schabracq, M. & Cooper, C. (2000). The Changing Nature of Work Stress. *Journal of Managerial Psychology*, 15 (3) 227-241, University Press
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behaviour*, 25, 1–23.
- Schultz, J. H. (1967). *Auto-relaxação concentrativa - Exposição clínico-prática*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Schultz, J. H. (1991). *Treino Autógeno de Schultz*. Brasil: Cultrix (1^a ed. 1884).
- Schultz, D., P. & Schultz, E. (1992). *Historia da Psicologia Moderna*. Brasil: Cultrix
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi:10.1037//0003-006X.55.1
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the new Positive Psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M. Csikszentmihalyi, (2002). *Handbook of Positive Psychology*”
- Selye, H., 1956, *The Stress of Life*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Selye H. (1952). *The Story of the adaptation syndrome*. Montreal: ACTA, Inc., Medical Publisher Semmer, N., Zapf, D. & Greif, S. (1996). “Shared job strain”: A new approach for assessing the validity of job stress measurements. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 293–310.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal- estar e subjetividade*, 3 (1), 10-59.

- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases teóricas do bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209.
- Sluiter, J. K., Frings-Dresen, M. H., Van der Beek, A. J. & Meijman, T. F. (2001). The relation between work induced neuroendocrine reactivity and recovery, subjective need for recovery, and health status. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 29–37.
- Soriano de Alencar E., M. L. (2011) *Psicologia: Introdução aos Princípios Básicos do Comportamento*. Petropolis: Vozes (1ª ed. 1976)
- Sprinthall, N.A., & Collins, W.A. (2008). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista* (4.ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Spector, P. (1997). *Job Satisfaction: Application, assessment, cause and consequence*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Silva, G., Souza, M., Júnior, E., Canêo, L.& Lunardelli, M. (2009). Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. ISSN (versão impressa): 0303-7657
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: three generations of research. *Journal of Personality*, 64 (4), 711-735.
- Suppes, P. & Krasne, F. (1975). Applications of stimulus sampling theory to situations involving social pressure. *Psychology Review*, 68, 46-59
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. In Worchel, S. & Austin, W. G. (eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Chicago: Nelson.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina: Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Med Port*, 22, 89-98.
- Turner, Stephen. 1994. *The social theory of practices*. Chicago: University of Chicago Press.
- Van Knippenberg, D. & Van Schie, C. M. (2000). Foci and correlates of organizational identification. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 137-147.
- Vasconcelos, A. & Faria, J., H. (2008). Saúde Mental no Trabalho : Contradições e Limites. *Psicologia & Sociedade*, 20 (3): 453-464
- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2ª ed.). Coimbra: Edição do autor.
- Veras, V. S. (2006). *Relações Sociais de Trabalho e Custo Humano da Atividade: Vivências de Mal-estar e Bem-estar em serviço de Tele atendimento Governamental*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Waldstein, Shari R. Kauhanen, Jussi Neumann, Serina A. Katzel, Leslie I. (2002). Alexitimia and Cardiovascular Risk in Older Adults: Psychosocial, Psychophysiological, and Biomedical Correlates *Psychology & Health* 17.
- Wallace, R. & Benson, H. (2009). The physiology of meditation. *Scientific American*, 226, 84-90.
- Waterman A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-91.
- Weber, M. (2004). A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1905).
- Wegge, J., Van Dick, R., Fisher, G. K., Wecking, C. & Moltzen, K. (2006). Work motivation, organizational identification and well-being in call centre work. *Work & Stress*, 20(1), 60-83.
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., England, G. W. & Lofquist, L. H. (1967). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Wilson, S. & MacLean, R. (2011). *Research methods and data analysis for psychology*. London: MacGraw-Hill Higher Education
- Wolfe, R., Slack, T. & Rose-Hearn, T. (1993). Factors influencing the adoption and maintenance of Canadian facility-based worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 7, 189-198.
- Wright, T. A. & Cropanzano, R. (2004). The role of psychological well-being in job performance: A fresh look at an age-old quest. *Organizational Dynamics* (33), 338-351.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E. & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the Job Demands-Resources model. *International Journal of Stress Management*, 14, 121-141.
- Zempléni, A. (1994). A "doença" e suas "causas". *Cadernos de Campo*, 4, 137-163.

ANEXO I

Anexo I

Consentimento de Participação no Estudo

Na qualidade de quadro desta Empresa confirma aceitar participar na aplicação da Técnica de Relaxamento e Dinâmica de Grupo pelo que terá que necessariamente que assinar esta folha de consentimento livre e esclarecido, sob meu comprometimento de confidencialidade total e absoluta sobre os dados fornecidos, não revelando nome da Empresa nem dos seus funcionários.

Informamos também que pode sempre reconsiderar e revogar a sua decisão até à data da aplicação do Relaxamento em Grupo.

Eu, _____ com o processo nº _____, tomei conhecimento e aceito participar no trabalho de investigação em curso que me foi proposto por Maria Benvinda Nereu Bjorn, em processo de Investigação para Doutoramento em Psicologia da Saúde, pela Universidade Do Algarve e tendo como Orientador o Professor Doutor Saúl Neves de Jesus.~

Nome(maiúsculas) _____

Assinatura do Participante _____

Data: ___/___/___

Assinatura do Doutrando.

ANEXO II

ANEXO II

email enviado às Empresas

From: Maria Bjorn [mailto:maria.bjorn@potthoff.pt]

Sent: terça-feira, 1 de Fevereiro de 2011 13:55

To:

Att: Direção do **DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES HUMANAS**

Subject: Investigação sobre o efeito de técnicas de relaxamento com trabalhadores em situação de stresse.

Bom dia....

No seguimento da minha investigação para doutoramento em Psicologia, (na especialidade de Psicologia da Saúde, na Universidade do Algarve, tendo como Orientador o Professor Doutor Saúl Neves de Jesus,) vejo desta forma solicitar a vossa colaboração numa pesquisa direcionada para o stresse dos trabalhadores, de forma a encontrar uma alternativa (através do Relaxamento) evidência científica que permita proporcionar um modelo que ajude a ter pessoas mais felizes no seu local de trabalho e para que assim sintam maior motivação e bem-estar que promova uma melhoria quer na saúde pessoal, quer na saúde da Empresa empregadora.

Necessito para este estudo de 10 a 20 pessoas que queiram fazer parte, cada sessão de Grupo que terá a duração aproximada de uma hora e meia e será aplicado semanal ou quinzenalmente dependendo da disponibilidade dos participantes, durante dez sessões, em que poderão desfrutar de um estado de bem-estar e descanso.

Posso deslocar-me à vossa empresa em horário que seja conveniente para todos ou receber os participantes no consultório de Lisboa ou Cascais em horário pós laboral e fins de semana. Se o meu pedido for pertinente fico muito grata para me ajudar a encontrar pessoas que queiram relaxar, e melhorar seu estilo de vida (sem compromisso e gratuito).

Atentamente, agradeço vosso parecer favorável.

Maria Bjorn

ANEXO III

ANEXO III

Dados Demográficos

Maria Bjorn

O presente questionário destina-se ao estudo das características e dinâmica da Organização onde trabalha atualmente e como faz face ao stress do seu dia.

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.

DADOS DEMOGRÁFICOS

SEXO: Fem:____ Masc:____

IDADE _____

PROFISSÃO _____

CARGO/CATEGORIA _____

ANOS NA INSTITUIÇÃO: _____

Antes da Aplicação da Técnica de Relaxamento:
Tensão Arterial Sistólica (TAS) _____ Diastólica (TAD) _____ Pulso (FC) _____

Após Aplicação da Técnica de Relaxamento:
Tensão arterial Sistólica (TAS) _____ Diastólica (TAD) _____ Pulso (FC) _____

ANEXO IV

ANEXOS IV

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

«EADS de 21 itens» de Lovibond e Lovibond (1995) na adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004)

u) Leia as afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim;
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes;
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes;
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Tive dificuldade em me acalmar ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 2. Senti a minha boca seca ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 4. Senti dificuldades em respirar ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 7. Senti tremores (por exemplo nas mãos) ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula ----- | <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | | |

10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro -----

0	1	2	3
---	---	---	---
11. Dei por mim a ficar agitado -----

0	1	2	3
---	---	---	---
12. Senti dificuldade em me relaxar -----

0	1	2	3
---	---	---	---
13. Senti-me desanimado e melancólico -----

0	1	2	3
---	---	---	---
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de
terminar aquilo 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 por vezes estava sensível -----

0	1	2	3
---	---	---	---
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico -----

0	1	2	3
---	---	---	---
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso -----

0	1	2	3
---	---	---	---
21. Senti que a vida não tinha sentido -----

0	1	2	3
---	---	---	---

ANEXO V

ANEXO V

Escala de Satisfação Profissional

(Lima, Vala & Monteiro, 1994)

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 **1 2 3 4 5 6 7** Extremamente Satisfeito

Assinale com um círculo o número que melhor corresponder à sua escolha.

	Extremame						Extremame
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

ANEXO VI

ANEXO VI

Inventário de Sintomas de Mal-Estar relacionado com o Trabalho (ISMERT)

(Murcho, Jesus, & Pacheco, no Prelo; 2008)

Indique os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho que habitualmente mais o afectam, assinalando um “X” no número da escala (de 1 a 6) que melhor corresponde à intensidade sentida.

	Pou co					Mui to
	①	②	③	④	⑤	⑥
Irritabilidade, perda de paciência com facilidade -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Dores musculares e de coluna -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Dores de Cabeça -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Agitação, comportamento impulsivo, incapacidade para relaxar -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sentimento de solidão, tristeza, choro fácil e imotivado -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sentimento de exaustão emocional, distanciamento afetivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Deixar de fazer atividades de lazer -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Dores de estômago, azia, náuseas ou vômitos -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Perda de energia e cansaço -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Insónia -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Mudanças bruscas de humor -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Falta de tempo para a família e amigos -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Palpitações, taquicardia, dor no peito -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Perda de confiança, de autoestima e incapacidade para lidar com as situações -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Dificuldade de concentração -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Problemas intestinais -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sentimentos de falta de apoio, de perda de esperança e do sentido da vida -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Perda ou aumento de apetite, perda ou ganho súbito de peso -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sensação de peso nas pernas e braços -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Esquecimentos -----	①	②	③	④	⑤	⑥

Sonolência excessiva -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Absentismo, desleixo, baixo rendimento profissional ---	①	②	③	④	⑤	⑥
Isolamento, apatia, aborrecimento constante -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Dificuldades em tomar decisões -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sentimento de incapacidade e de inutilidade -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sentimento de falta de reconhecimento profissional ----	①	②	③	④	⑤	⑥
Alteração da temperatura corporal, aumento da transpiração, tremores -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Maior propensão para a ocorrência de acidentes -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Problemas sexuais -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Aumento do consumo de café, álcool, tabaco, tranquilizantes ou outras substâncias -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sensação de mal-estar geral -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Tonturas e sensação de desmaio -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sentimento de excesso de responsabilidades -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Sentimentos de inveja, ciúme, medo, culpabilidade ou vergonha -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Dificuldade em interpretar a realidade -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Pensamento constante sobre um só assunto -----	①	②	③	④	⑤	⑥
Tiques nervosos -----	①	②	③	④	⑤	⑥

ANEXO VII

ANEXO VII

Motivação Intrínseca

(Jesus, S., 1996)

Indique o grau em que concorda ou discorda de cada afirmação. Cada um dos algarismos significa o seguinte: **1. discordo totalmente; 2. discordo bastante; 3. discordo um pouco; 4. não discordo nem concordo; 5. concordo moderadamente; 6. concordo bastante; 7. concordo totalmente.**

Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo moderadamente	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

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