



Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2014

**MARCO ANTÓNIO  
FERREIRA RAMOS**

***COPING*, FATORES PSICOSSOCIAIS E  
CAPACIDADE PARA O TRABALHO**







Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
2014

**MARCO ANTÓNIO  
FERREIRA RAMOS**

**COPING, FATORES PSICOSSOCIAIS E  
CAPACIDADE PARA O TRABALHO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, e co-orientação científica da Doutora Anabela Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro



À Rute, à Mafalda e ao Vicente.



*Vi-te a trabalhar o dia inteiro  
Construir as cidades para os outros  
Carregar pedras, desperdiçar  
Muita força pra pouco dinheiro  
Vi-te a trabalhar o dia inteiro  
Muito força pra pouco dinheiro*

*Que força é essa  
Que força é essa  
Que trazes nos braços  
Que só te serve para obedecer  
Que só te manda obedecer  
Que força é essa, amigo  
Que força é essa, amigo  
Que te põe de bem com outros  
E de mal contigo  
Que força é essa, amigo  
Que força é essa, amigo*

*Não me digas que não me compreendes  
Quando os dias se tornam azedos  
Não me digas que nunca sentiste  
Uma força a crescer-te nos dedos  
E uma raiva a nascer-te nos dentes  
Não me digas que não me compreendes*

*(...)*

Sérgio Godinho

*O ócio não é o contrário de trabalho.  
A felicidade é que é o contrário de trabalho.*

Afonso Cruz





## **o júri**

presidente

**Prof. Doutor Joaquim Arnaldo Carvalho Martins**  
professor catedrático da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva**  
professor catedrático da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutor Victor José Lopes Rodrigues**  
professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Margarida Crato Patrone de Abreu Cotrim**  
professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

**Prof. Doutor Jorge Manuel Amaral Silvério**  
professor auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho

**Prof. Doutor Samuel Silvestre Antunes**  
professor auxiliar convidado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa



## agradecimentos

Os primeiros agradecimentos são dirigidos ao Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva e à Professora Doutora Anabela Pereira, meus orientadores. Permito-me a inconfidência da intimidade para reconhecer que apesar dos *life events* e da sobrecarga de trabalho a que estiveram sujeitos ao longo do período do meu estudo, sempre acudiram com a urgência solicitada às tarefas da orientação científica. Agradeço a mão firme com que me seguraram em tempos de dúvidas, me ampararam no desânimo e me reconduziram aos caminhos do trabalho produtivo. Agradeço o profissionalismo, mais ainda a generosidade, reconhecimento, penhorado, a amizade. *Last but not the least*, muito agradeço a liberdade que me confiaram, sem nunca abdicarem de a tutelar, com que pude empreender enriquecedoras aprendizagens da forma que mais contribui para a minha individuação: em autonomia.

Ao Professor Doutor Pedro Sá Couto agradeço não apenas a tutoria matemática e estatística, sem a qual eu não teria sido capaz de empreender este estudo, mas sobretudo a amizade que tanto tempo de trabalho em equipa fez nascer entre nós. Agradeço a disponibilidade e a paciência com que sempre atendeu as minhas questões, dúvidas e ignorâncias. Agradeço os conhecimentos comigo partilhados e as aprendizagens valiosas que me proporcionou. Agradeço o incentivo que tanto me motivou e a segurança que tanto me tranquilizou.

Agradeço a todas as pessoas que gentilmente desempenharam o papel de *pivots* na difusão do acesso ao inventário por associações profissionais, sindicais e científicas, e por empresas privadas e instituições públicas. Sem a sua valiosa contribuição o estudo não podia ser realizado. Homenageio-os, nomeando-os: Professor Doutor Luís Martins, Mestre Pedro Sardo, Dr.<sup>a</sup> Sofia Simões, Enfermeira Paula Maia, Professora Doutora Teresa Cotrim, Professor Doutor João Aguiar Coelho, Professora Doutora Ema Sacadura Leite, Dr.<sup>a</sup> Isa Valentim, Dr. João Cruz, Professor Doutor André Biscaia, Dr. A. M. Lopes Pires, Professora Doutora Manuela Néné, Professora Doutora Joana Sequeira, Professora Doutora Teresa Serrano, Fisioterapeuta Vítor Fernandes, D.<sup>a</sup> Sandra Marques, Professor Doutor Aníbal Henriques, Professor Doutor António Sousa Uva, Sr. António Guerra, Dr.<sup>a</sup> Maria do Rosário, D.<sup>a</sup> Manuela Calado, Mestre Augusto Lobato Neves, Professora Doutora Lídia Cabral, Dr. Julien Diogo, Dr.<sup>a</sup> Paula Alexandra Santos. Estendo este agradecimento aos meus colegas da Escola Superior de Saúde (ESSUA) e da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, aos meus alunos do Mestrado Executivo em Gestão de Recursos Humanos do INDEG-IUL, aos meus ex-alunos da ESSUA, aos ex-colegas do IPSSO, e finalmente aos meus colegas, amigos e familiares que também contribuíram para difundir o acesso à participação no estudo pelos seus companheiros de trabalho e nas suas organizações.



Agradeço às pessoas que participaram no *focus group* para a validação inicial da bateria de questionários que veio a integrar o estudo, a saber, Professora Doutora Margarida Pedroso Lima, Mestre Vânia Amaral, Professora Doutora Maria Piedade Brandão, Mestre João Carlos Lopes, Mestre João Ramos e Eng.º Fernando Galhardo. Agradeço igualmente a ajuda prestimosa do Mestre Pedro Bem-Haja e da Mestre Alexandra Pereira (disponibilização de questionários, acesso a bibliografia, esclarecimento de dúvidas) e estendo os agradecimentos às Professoras Doutoras Susan Howcroft e Margaret Gomes (pela “consultoria” clarificadora do significado do termo inglês *coping*), à Dr.ª Ana Dias Pinheiro (pela assistência salvadora na edição do texto), ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro (pela disponibilização da sua versão do Brief COPE) e ao Professor Doutor Charles S. Carver (pelo esclarecimento de dúvidas).

Agradeço o profissionalismo, a disponibilidade, a simpatia, e a eficácia do Dr. Fernando Vieira, da Dr.ª Susana Caixinha e da Dr.ª Carla Sousa, que tão bem honraram os pergaminhos de qualidade da Universidade de Aveiro.

Agradeço aos meus pais e sogros e aos meus irmãos e cunhados o incentivo constante, a ajuda generosa, a confiança ilimitada. Agradeço à *creative superhero in illustrative design* Fátima Ramos pela ilustração da capa.

À minha mulher, agradeço tanto! Agradeço à Mestre Rute Carreira Ramos a participação no *focus group*, a contribuição decisiva na análise de conteúdo, a discussão teórica desbloqueadora. Agradeço à Rute o amor: o apoio incansável e sempre presente, a paciência e o perdão pela minha indisponibilidade, a força e determinação com que me substituiu nas funções parentais, a leveza que tanto me libertou e animou, o incentivo que me fez persistir.

Por fim, agradeço aos meus filhos a paciência, o cuidado, o acompanhamento, a alegria, o encorajamento, a espera, o amor. E peço infinito perdão pela minha tão presente “ausência”.



## palavras-chave

*Coping*; fatores psicossociais do trabalho; índice de capacidade para o trabalho; stresse ocupacional; saúde e bem-estar ocupacional; trabalho.

## resumo

O *coping* desempenha um importante papel na saúde individual e rendimento organizacional. Tal como o *coping* é um tema de interesse recente e promissor na área da psicologia da saúde ocupacional, também os fatores psicossociais do trabalho têm ganho um crescente interesse no domínio da saúde ocupacional. No entanto, pouco se sabe acerca das configurações de *coping* mais salutogénicas no mundo do trabalho, e menos ainda acerca da participação dos fatores psicossociais na definição das mesmas. Esta última perspetiva assume os fatores psicossociais não como causas de stresse, mas enquanto recursos de *coping*. Com o presente estudo, desejávamos saber se as pessoas com melhor saúde no trabalho usam estratégias de *coping* diferentes daquelas com menor saúde, bem como se a escolha dessas estratégias é influenciada pelos fatores psicossociais do trabalho. Pretendia-se ainda caracterizar o *coping* dos trabalhadores mais saudáveis e produtivos, e perceber que fatores psicossociais contribuem para o mesmo. Foram estudados 2960 profissionais de trabalhos mentais, sendo 31% ( $n=909$ ) profissionais de saúde e 69% ( $n=2051$ ) profissionais de outras áreas. Além das variáveis sociodemográficas, avaliou-se o *coping* (Brief COPE), os fatores psicossociais do trabalho (COPSOQ) e o índice de capacidade para o trabalho (ICT), enquanto indicador de saúde ocupacional. Desenhou-se um estudo transversal e quantitativo, com níveis de análise descritivo, exploratório, correlacional e preditivo. Os resultados confirmaram as hipóteses de estudo e permitem concluir genericamente que (1) o *coping* diferencia e determina a saúde no trabalho, (2) os fatores psicossociais do trabalho influenciam o *coping*, ainda que modestamente, e (3) o *coping* dos profissionais de saúde é estruturalmente diferente do *coping* dos não profissionais de saúde. Os resultados possibilitam ainda estabelecer perfis de bom e de mau *coping* no trabalho e concorrem para definir estratégias de intervenção psicológica para o desenvolvimento do repertório de *coping* dos profissionais de trabalhos mentais, bem como estratégias de gestão (de recursos humanos) para a melhoria do ambiente psicossocial do trabalho. Por fim, os resultados estimulam algumas considerações teóricas e metodológicas que sugerem direções futuras para o estudo dos efeitos da relação do *coping* com o ambiente psicossocial do trabalho na saúde e bem-estar individual, no rendimento organizacional e na qualidade de vida no trabalho. Julgamos, por fim, que os resultados obtidos podem contribuir para aprimorar os mecanismos de *coping* dos profissionais e para ajustar o ambiente psicossocial do trabalho.





## keywords

*Coping*; psychosocial factors at work; work ability index; occupational stress; occupational health and well-being; work.

## abstract

*Coping* represents an important role in facing workplace stressors and building individual health and occupational performance. In the actual world of work, the main stressors are psychosocial in nature. By definition, however, psychosocial attributes can function both as risk factors and *coping* resources. In this sense, it is expected that health at work may be influenced by individual *coping* strategies facing psychosocial risk factors, as well as by the way psychosocial resources supports those same *coping* efforts. As much as *coping* at work is a new and promising subject to occupational health psychology, so the interest in workplace psychosocial factors is growing in the occupational health domain. Although there is enough empirical evidence supporting the relationship between coping and psychological adjustment and health status outcomes, fewer is known about which workplace *coping* patterns are more salutogenic, and even lesser about the psychosocial factors contribution to those *coping* patterns at work. We intended to know if individuals with better health at work status use different *coping* strategies from those with worse occupational health status, as well as if the choice of *coping* strategies is influenced by psychosocial factors at work. Additionally, we wished for a tentative characterization of the healthier and more individuals' *coping*, along with the identification of the respective contributing psychosocial factors. We expected to gather empirical information that may contribute for professionals' *coping* pattern empowerment and for psychosocial work environment adjustment. We studied 2960 white collar workers, being 31% ( $n=909$ ) health professionals and 69% ( $n=2051$ ) non health professionals. In addition to socio-demographic variables, we evaluated *coping* (Brief COPE), psychosocial factors at work (COPSOQ), and the work ability index (WAI), as an occupational health indicator. It was designed a cross-sectional and quantitative study, conjoining descriptive, exploratory, cross-sectional and predictive levels of analysis. Results did confirmed research hypothesis and allow us to conclude that (1) *coping* differentiates and determinates health at work, (2) psychosocial factors influence *coping*, although modestly, and (3) health professionals' *coping* is structurally different from non health professionals' *coping* patterns. Results also enable us to set good and bad *coping* profiles at work, and contribute to set up psychological intervention strategies to develop white collar workers' *coping* repertoire, as well as (human resources) management strategies for the improvement of the psychosocial work environment. Finally, results stimulate some theoretical and methodological considerations, which suggest future directions for the study of the effects of the relationship between *coping* at work and occupational psychosocial environment on the individual health and well-being, organizational performance and the quality of the working life.







# Índice

INTRODUÇÃO GERAL.....	1
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
1. <i>Coping</i> , ou como lidamos com o stresse.....	11
1.1. Modelos teóricos do <i>coping</i> : transacional e sequencial.....	19
1.2. <i>Coping</i> : o que fazemos ou o que somos?.....	36
1.3. Quantos tipos de <i>coping</i> existem?.....	42
1.4. Como se avalia o <i>coping</i> ?.....	52
1.5. O que faz o <i>coping</i> ?.....	60
2. <i>Coping</i> no trabalho.....	67
2.1. Determinantes do <i>coping</i> no trabalho: fatores psicossociais.....	76
2.2. O <i>coping</i> e a saúde no trabalho.....	86
2.2.1. Aspectos teóricos.....	88
2.2.2. Dados empíricos.....	109
2.3. Direções futuras no estudo do <i>coping</i> no trabalho.....	116
3. Símula teórica conclusiva.....	121
ESTUDO EMPÍRICO.....	131
4. Metodologia.....	133
4.1. Objetivos do estudo.....	133
4.2. Hipóteses de estudo.....	134
4.3. Variáveis e instrumentos.....	135
4.3.1. Informação sociodemográfica.....	136
4.3.2. Capacidade para o trabalho – ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho.....	137
4.3.3. Fatores psicossociais do trabalho – COPSQ II: <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i> .....	141
4.3.4. <i>Coping</i> – Brief COPE.....	149
4.4. População-alvo.....	153

4.5. Procedimentos de recolha de dados.....	157
4.5.1. Conformidade ética da recolha de dados .....	159
4.6. Amostra .....	161
4.6.1. Grupos profissionais.....	162
4.6.2. Profissionais de saúde .....	163
4.6.3. Não profissionais de saúde .....	165
4.7. Análise de dados .....	168
4.7.1. Dados quantitativos .....	169
4.7.2. Dados qualitativos.....	171
4.8. Desenho da investigação.....	171
5. Resultados .....	173
5.1. Características psicométricas dos instrumentos na amostra em estudo .....	173
5.1.1. ICT: Validade de constructo e consistência interna .....	173
5.1.2. COPSOQ: Validade de constructo e consistência interna .....	179
5.1.3. Brief COPE: Validade de constructo e consistência interna .....	188
5.2. Estudo descritivo das variáveis e da sua relação com indicadores sociodemográficos. 193	
5.2.1. Sexo e estado civil .....	194
5.2.2. Idade e anos de serviço .....	199
5.2.3. Profissão e capacidade para o trabalho .....	203
5.2.4. Profissão e fatores psicossociais do trabalho .....	205
5.2.5. Profissão e <i>coping</i> .....	210
5.3. Estudo das associações entre variáveis independentes e variáveis dependentes .....	213
5.3.1. Estudo da relação entre o <i>coping</i> e o índice de capacidade para o trabalho .....	213
5.3.2. Estudo da relação entre os fatores psicossociais do trabalho e o <i>coping</i> .....	232
5.4. Modelos de previsão da capacidade de trabalho .....	243
5.5. Análise de conteúdo dos comentários dos participantes .....	252
5.6. Sumário dos resultados.....	265
6. Discussão.....	273
6.1. O <i>coping</i> determina a capacidade para o trabalho.....	273
6.2. O <i>coping</i> é influenciado pelos fatores psicossociais .....	275
6.3. O <i>coping</i> varia com a profissão .....	278
6.4. O bom e o mau <i>coping</i> no trabalho mental .....	279
6.4.1. O bom <i>coping</i> dos profissionais de saúde.....	282
6.4.2. O bom <i>coping</i> dos não profissionais de saúde.....	283

6.5. Como melhorar o <i> coping </i> dos profissionais de trabalhos mentais? .....	284
6.6. Como melhorar o ambiente psicossocial das organizações? .....	285
6.7. Considerações metodológicas.....	287
6.8. Considerações teóricas .....	291
6.9. Limitações e virtudes do estudo .....	294
6.10. Desenvolvimentos futuros .....	299
CONCLUSÃO GERAL.....	303
Referências bibliográficas .....	307
Anexos.....	327

# Índice de figuras

Figura 1.1. Circularidade do stresse e <i>coping</i> .....	21
Figura 1.2. Avaliação primária e secundária .....	24
Figura 1.3. <i>Coping</i> de confrontação e de evitamento .....	31
Figura 1.4. Estilos de <i>coping</i> versus Estratégias de <i>coping</i> .....	40
Figura 2.1. Fatores de risco psicossocial em função do desajustamento com a pessoa ....	83
Figura 2.2. Fatores psicossociais do trabalho .....	85
Figura 2.3. Saúde e bem-estar no trabalho: quadro de referência .....	89
Figura 2.4. Modelo global do bem-estar .....	90
Figura 2.5. Modelo das facetas do stresse organizacional .....	92
Figura 2.6. Modelo do <i>coping</i> em organizações .....	93
Figura 2.7. Modelo do contexto, <i>coping</i> e adaptação .....	94
Figura 2.8. Modelo cibernético do stresse, <i>coping</i> e bem-estar nas organizações .....	96
Figura 2.9. Modelo Ajustamento Pessoa-Ambiente .....	98
Figura 2.10. Modelo Exigências psicológicas do trabalho-Controllo .....	99
Figura 2.11. Modelo do Desequilíbrio Esforço-Recompensa no trabalho .....	101
Figura 2.12. Modelo Holístico do Stresse no Trabalho .....	107
Figura 3.1. Esquema explicativo do stresse, <i>coping</i> e saúde .....	123
Figura 3.2. Perspetivas patogénica e salutogénica no estudo do stresse e do <i>coping</i> .....	126
Figura 3.3. Funções, alvos e ações do <i>coping</i> .....	126
Figura 3.4. Modelo heurístico do stresse, <i>coping</i> e saúde no trabalho .....	129
Figura 4.1. Esquema do desenho metodológico da investigação .....	171



# Índice de tabelas

Tabela 1.1. Questionários de avaliação do <i>coping</i> .....	55
Tabela 2.1. Fatores psicossociais no trabalho .....	82
Tabela 4.1. Categorias de capacidade para o trabalho e natureza de medidas de apoio ..	137
Tabela 4.2. Índice de Capacidade para o Trabalho: dimensões e avaliação .....	138
Tabela 4.3. Dimensões, identificação e número de itens da versão média portuguesa da COPSOQ II .....	145
Tabela 4.4. Dimensões do Brief COPE: operacionalização, itens e divisões teóricas habi- tuais .....	150
Tabela 4.5. Variáveis demográficas qualitativas por grupo profissional .....	162
Tabela 4.6. Variáveis demográficas quantitativas por grupo profissional e sexo .....	162
Tabela 4.7. Variáveis demográficas qualitativas por profissionais de saúde .....	164
Tabela 4.8. Variáveis demográficas quantitativas por profissionais de saúde .....	165
Tabela 4.9. Variáveis demográficas qualitativas por não profissionais de saúde .....	167
Tabela 4.10. Variáveis demográficas quantitativas por não profissionais de saúde .....	168
Tabela 4.11. Comparações múltiplas para a variável idade (não profissionais da saúde) .	168
Tabela 4.12. Comparações múltiplas para a variável anos de serviço (não profissionais de saúde) .....	168
Tabela 5.1. Análise exploratória do ICT para a população total e para os grandes grupos profissionais .....	175
Tabela 5.2. Análise exploratória do ICT para os profissionais de saúde .....	176
Tabela 5.3. Análise exploratória do ICT para os não-profissionais de saúde .....	177
Tabela 5.4. Análise exploratória fatorial para a amostra em estudo, fixando 8 fatores ....	182
Tabela 5.5. Análise exploratória fatorial do COPSOQ para a amostra total .....	184

Tabela 5.6. Estrutura fatorial do COPSOQ na amostra em estudo .....	186
Tabela 5.7. Análise exploratória fatorial do Brief COPE para a amostra total .....	188
Tabela 5.8. Análise exploratória fatorial do Brief COPE para a amostra total, forçando 14 fatores .....	192
Tabela 5.9. Distribuição das dimensões do ICT na amostra total e por sexo, estado civil e grupo profissional .....	196
Tabela 5.10. Distribuição das escalas do COPSOQ na amostra total e por sexo, estado civil e grupo profissional .....	197
Tabela 5.11. Distribuição das dimensões do Brief COPE na amostra total e por sexo, estado civil e grupo profissional .....	198
Tabela 5.12. Correlação do ICT com idade e anos de serviço .....	200
Tabela 5.13. Correlação do COPSOQ com a idade e anos de serviço .....	201
Tabela 5.14. Correlação da Brief COPE com idade e anos de serviço .....	202
Tabela 5.15. Classificação do ICT por categorias em função das variáveis escolhidas .....	204
Tabela 5.16. Constituição fatorial do COPSOQ na amostra total e nos grupos profissio- nais .....	207
Tabela 5.17. Constituição fatorial do Brief COPE na amostra total e nos grupos profis- sionais .....	211
Tabela 5.18. Distribuição das dimensões do Brief COPE pelas quatro categorias do ICT na amostra total .....	214
Tabela 5.19. Análise exploratória fatorial para o ICT Excelente .....	216
Tabela 5.20. Análise exploratória fatorial para o ICT Bom .....	218
Tabela 5.21. Análise exploratória fatorial para o ICT Moderado .....	219
Tabela 5.22. Análise exploratória fatorial para o ICT Pobre .....	221
Tabela 5.23. Distribuição das dimensões do Brief COPE pelas quatro categorias do ICT nos dois grupos profissionais .....	224
Tabela 5.24. Brief COPE: análise fatorial exploratória para o ICT Excelente nos dois gru- pos profissionais .....	227
Tabela 5.25. Brief COPE: análise fatorial exploratória para o ICT Bom nos dois grupos profissionais .....	228
Tabela 5.26. Brief COPE: análise fatorial exploratória para o ICT Moderado nos dois	

grupos profissionais .....	229
Tabela 5.27. Estudo correlacional entre dimensões do <i>coping</i> e fatores psicossociais do trabalho .....	234
Tabela 5.28. Síntese das correlações mais significativas entre o <i>coping</i> e os fatores psicossociais .....	240
Tabela 5.29. Modelo de previsão do índice de capacidade para o trabalho (regressão linear múltipla) .....	245
Tabela 5.30. Modelo de previsão das categorias de índice de capacidade para o trabalho (regressão ordinal) .....	247
Tabela 5.31. Qualidade do ajustamento das previsões do modelo de regressão ordinal ..	249
Tabela 5.32. Análise de conteúdo dos comentários dos participantes .....	255
Tabela 5.33. Síntese das diferenças observadas relativas ao sexo, estado civil, idade e anos de serviço .....	266
Tabela 5.34. Síntese das diferenças observadas entre os grupos profissionais .....	267
Tabela 5.35. Síntese do <i>coping</i> no trabalho mental .....	268
Tabela 5.36. Síntese do <i>coping</i> dos profissionais de saúde .....	269
Tabela 5.37. Síntese do <i>coping</i> dos não profissionais de saúde .....	270
Tabela A.1. Resultados do ICT para os profissionais de saúde .....	341
Tabela A.2. Resultados do ICT para os não profissionais de saúde .....	342
Tabela A.3. Valores médios do ICT em cada profissão .....	343
Tabela A.4. ICT: comparações múltiplas .....	343
Tabela A.5. COPSQ: análise exploratória fatorial para profissionais de saúde .....	344
Tabela A.6. COPSQ: análise exploratória fatorial para não profissionais de saúde .....	345
Tabela A.7. Análise fatorial exploratória do Brief COPE para profissionais de saúde .....	346
Tabela A.8. Análise fatorial exploratória do Brief COPE para não profissionais de saúde .	347

## Glossário de siglas usadas ao longo do texto

ACT	Autoridade para as Condições do Trabalho
AESST	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
APA <sup>1</sup>	<i>American Psychiatric Association</i>
APA <sup>2</sup>	<i>American Psychological Association</i>
EASHW	<i>European Agency for Safety and Health at Work</i>
COPSOQ	<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i>
ICT	Índice de capacidade para o trabalho (propriamente dito) e Índice de Capacidade para o Trabalho (questionário)
IDICT	Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho
ILO	<i>International Labour Office</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSSO	Instituto de Prevenção do <i>Stress</i> e Saúde Ocupacional
NIOSH	<i>National Institute of Occupational Safety and Health</i>
NPS	Não profissionais de saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PS	Profissionais de saúde
WAI	<i>Work Ability Index</i>
WCC	<i>Ways of Coping Checklist</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## Notas ortográficas

1. Adotou-se o Novo Acordo Ortográfico por imposição legal. E porque a língua portuguesa é resiliente.
2. Adotou-se a regra de traduzir as citações diretas em línguas estrangeiras, com exceção daquelas em que julgámos que a tradução fazia perder o impacto da citação original. As traduções são da nossa responsabilidade.
3. Em detrimento de alguma coerência formal, decidiu-se utilizar diferentes opções terminológicas e frásicas para uma mesma ideia, como por exemplo o próprio “por ex.” e o “e.g.”. Esta decisão baseou-se na riqueza e flexibilidade linguística quer da língua portuguesa, quer dos leitores desta monografia.
4. O texto apresenta-se ajustado e hifenizado. Contudo, o processador de texto desrespeita algumas regras ortográficas da língua portuguesa na translineação das palavras, em particular a repetição do hífen na linha seguinte à divisão de palavras compostas. Por incapacidade nossa em “desrespeitar” as regras operativas do processador de texto, apresentamos as nossas desculpas à língua portuguesa e ao leitor.
5. A redação do texto seguiu as normas da APA<sup>2</sup> (2010). Excepcionalmente, o cânone não foi observado por razões estéticas (por ex., na titulação).



# INTRODUÇÃO GERAL

Como é que lidamos com alguém que não gosta de nós? Como é que lidamos com uma doença grave? Como é que lidamos com o desemprego? Como é que lidamos com a falta de amigos? Como é que lidamos com o trânsito excessivo? Como é que lidamos com o conflito conjugal? Como é que lidamos com a iminência de um divórcio? Como é que lidamos com a doença de um filho? Como é que lidamos com a morte de uma pessoa querida? É muitas vezes a lidar com este tipo de situações adversas que negociamos a nossa saúde.

E no trabalho? Como é que lidamos com o excesso de trabalho? Como é que lidamos com a falta de trabalho? Como é que lidamos com a falta de companheirismo e camaradagem entre colegas de trabalho? Como é que lidamos com a escassez de informação necessária para o melhor desempenho nas tarefas? Como é que lidamos com a humilhação? Como é que lidamos com os chefes que não ajudam? Também na maneira como lidamos com o stresse do trabalho nós negociamos a nossa saúde.

E lidar com estas situações não é tão imediato assim. Por exemplo: quando lidamos com a doença de um filho, estamos a lidar verdadeiramente com quê? Com a sua condição limitada? Com a antecipação da morte? Com a possibilidade da perda? Com a tristeza que isso nos causa? Com a tristeza que *pensar* nisso nos causa? Com a impotência que sentimos? E quando lidamos com o excesso de trabalho, estamos a lidar com quê? Com o pouco tempo para fazer tanta coisa? Com o confronto com a nossa possível ineficácia? Com o desenterrar dos nossos fantasmas passados mais importantes, de que somos incompetentes e que não vamos conseguir? O que nós sabemos é que quando lidamos com situações adversas ou geradoras de stresse, muitas vezes adoecemos. E adoecemos física e psicologicamente.

Um dos critérios definidores da saúde mental é a capacidade de negociar a realidade, sobretudo quando ela assume contornos adversos. Esta realidade que nos perturba, que nos causa mal-estar, que desfavorece o ajustamento. Amíúde designa-se essa adversidade como stressora, mantendo o termo inglês num aportuguesamento anglicista, ou “stressante” como comumente é mais dito em linguagem corrente. Muitas vezes em função dessa realidade adversa, ou de aspetos ou acontecimentos stressantes, o nosso bem-estar fica ameaçado e a nossa saúde em risco porque ficamos, como se diz em linguagem do senso comum, stressados.

É este “estar em stresse” que faz perigar a nossa saúde. Preferimos não distinguir a saúde física da saúde mental em observância da definição da Organização Mundial de Saúde (saúde enquanto completo estado de bem-estar físico, psicológico e social, e não apenas ausência de doença), porque entendemos a saúde como um contínuo entre o bem-estar e o mal-estar e enquanto permanente construção (Antonovsky, 1979) e porque nos inscrevemos

no paradigma programático da medicina psicossomática (ou da psiconeuroendocrinoimunologia, sua versão atual e metodologicamente autorizada). Ainda assim, e por razões heurísticas, não abdicamos da minúcia clarificadora: estar em stresse faz perigar a saúde – primeiro, a mental, e depois a física. A medicina comportamental e a psicologia da saúde revelam, já há décadas, o impacto na saúde (física) do “risco médico de viver” (Mota Cardoso, 1996, p.1). Há menos tempo, a psiconeuroendocrinoimunologia (no seu campo único, ou na dispersão das suas disciplinas nucleares), tem revelado os processos psicobiológicos responsáveis por aquela relação. E sabemos agora, com a segurança nunca antes havida, do papel desempenhado pela *psique* nas variadíssimas afeções do *soma*. Por isso afirmamos que estar em stresse faz perigar primeiro a saúde mental, e depois (por via daquela, isto é, por via neuropsicológica), a saúde física.

A área de estudo que mais se tem debruçado sobre esta relação é a do stresse e *coping*. Desde 1936 que sabemos, com evidência experimental e laboratorial, que estímulos nocivos perturbam o funcionamento dos organismos, causando doenças e a morte (Selye, 1978). Desde então, fomos percebendo melhor como aspetos sociais normativos e acontecimentos adversos da vida (em vez de estímulos nocivos laboratorialmente manipulados) podem afetar a saúde/doença das pessoas (Dohrenwend, 1998; Dohrenwend & Dohrenwend, 1974). Percebemos melhor como a resposta biológica de stresse pode aumentar a cardiopatia, destruir consideráveis extensões neuronais, ou tornar o sistema imunitário incompetente e ineficaz (Sapolsky, 2004; McEwen & Lasley, 2002). Esta área de estudo aclarou ainda o papel central que a avaliação cognitiva e as emoções desempenham em todo este processo (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1999). Aparentemente, e segundo alguns autores (e.g., Costa, Somerville & McCrae, 1996), não conseguimos ainda operacionalizar todo o conhecimento acumulado em estratégias práticas que melhorem a vida das pessoas. Julgamos que uma das razões se prende com o fato do estudo do stresse e do *coping* ter seguido três linhas paralelas (fisiologia, sociologia, psicologia) durante quase sete décadas. Com efeito, só há uma década aquelas três disciplinas se intersectaram pela primeira vez num estudo empírico, que combinou uma condição social de stresse crónico (ser mãe de um filho deficiente), a perceção de stresse (e as emoções associadas) e um mecanismo biológico (encurtamento dos telómeros, associado à redução da longevidade individual e ao envelhecimento prematuro) (Epel et al., 2004). Ainda assim, julgamos ser possível adotar uma perspetiva mais otimista sobre os efeitos práticos desta área de estudo, quanto mais não seja a contribuição decisiva para o reconhecimento social do papel desempenhado pela forma como vivemos e lidamos com as dificuldades no nosso estatuto de saúde.

Ao longo dos anos procurámos sintetizar as lições desta área de estudo num modelo que permite compreender a relação entre os acontecimentos da vida e as situações adversas e a saúde e doença, e até o desenvolvimento pessoal (Ramos, 2005, 2008). Representamos graficamente esta síntese no esquema relativo ao stresse, *coping* e saúde apresentado no Capítulo 3; por agora, enunciamos de modo sucinto essa integração. Ao longo da sua vida, e no cotidiano da sua existência, as pessoas são confrontadas com acontecimentos e situações que ameaçam os seus objetivos e para as quais não possuem resposta (stressores ou causas de stresse). Esta discrepância entre as exigências que tais situações comportam e a capacidade de reação das pessoas (avaliação cognitiva ou perceção de stresse) causa perturbação emocional, desequilibra o seu bem-estar e ativa mecanismos neurobiológicos destinados a sustentar e



promover a adaptação (resposta de stresse), os quais, por serem acompanhados por sintomas psicobiológicos, instauram o mal-estar. A forma como as pessoas tentam lidar com tais situações (*coping*) poderá contribuir para a remissão dos sintomas da resposta de stresse e para a aprendizagem de novas estratégias de *coping* (saúde) ou, se for mal-adaptativa, concorrer para a manutenção e agravamento dos sintomas e concomitante precipitação de doenças. Neste sentido, são os atos de *coping* que constroem a saúde e o desenvolvimento pessoal na negociação diária com a realidade. Chamamos-lhes atos de *coping* porque os consideramos justamente como atos de criação de significado (Bruner, 1997).

Circunscrevemos o stresse e o *coping* ao trabalho, na medida em que o trabalho é o principal elemento estruturante e organizador da vida social.

O trabalho é, com efeito, um elemento central na vida de cada pessoa e um factor [sic] regulador da vida em sociedade. Esta é a característica nuclear do paradigma das sociedades baseadas no trabalho, no contexto do qual vivemos desde há dois séculos (...). O trabalho inscreve-se na categoria do “facto social total” (...), pois permite explicar o funcionamento da totalidade social (valores, instituições...), fundamenta o modo de relação individual com o mundo e estrutura as relações sociais. Nesta condição (...) o trabalho possui um carácter coercivo de referência para as sociedades, que vivem segundo normas e significações por ele determinadas. A preocupação política com o trabalho é, por isso, uma realidade capital. As Nações Unidas fizeram dele um direito reconhecido do homem e os Estados desenvolvidos e democráticos utilizam-no como indicador de bem-estar social, quando o trabalho garante suficientes empregos e faz diminuir a taxa de desemprego. (Ramos, 2001, p. 11)

A vida das pessoas é em grande medida determinada pelo trabalho, quer pensemos no ciclo de vida (a infância e a adolescência são períodos de aprendizagem e formação fortemente orientadas para o trabalho, e os anos da velhice são muitas vezes definidos pelo fim da ocupação profissional), quer pensemos no dia-a-dia das pessoas adultas (não só a maior parte dos dias, como o período mais ativo dos mesmos, são ocupados a trabalhar). Por seu lado, o trabalho é uma atividade de esforço, que implica mobilização de energia e de atenção, na prossecução de tarefas coercivamente impostas (Lévy-Leboyer, 1987). Esta dupla natureza do trabalho, de esforço e de coerção social (seja externa, seja imposta pelo próprio indivíduo), fazem dele uma realidade potencialmente stressora, e portanto geradora de sofrimento. Mas não só – aliás, sobretudo “o trabalho é (...) gestos, saber-fazer, um investimento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações, é o poder de sentir, de pensar e de inventar” (Dejours, 2011, p. 65). E é por causa desta dupla potência do trabalho, como matéria ou de individuação e de saúde ou de sofrimento e de doença, que é possível (e desejável) falar em psicopatologia do trabalho, como o propôs Dejours (1985, 1987). Alguns trabalhos – parcelares, rotineiros, monótonos, estranhos ao desejo enquanto móbil da ação humana – inibem a plena expressão da humanidade das pessoas, e elas respondem-lhes com repressão, clivagem e alienação (Dejours, 1985). Por outro lado, aqueles trabalhos que representam um desafio mental com o qual as pessoas conseguem lidar e superar, que alimentam o interesse e o desenvolvimento pessoal, que não são cansativos nem fatigantes, que são recompensadores e justos, que satisfazem as aspirações do trabalhador e que

oferecem condições adequadas à sua realização (Locke, citado por Mota Cardoso, 1998), representam uma “ocasião privilegiada para o sujeito negociar a sua história, suas angústias e seu desejo com a realidade e a sociedade” (Dejours, 1987, p. 742); a esses trabalhos, as pessoas respondem com a sublimação (Dejours, 1987). Neste sentido, o trabalho é um dos palcos principais de negociação identitária com a realidade e, portanto, de construção da saúde ou de risco de doença. Por isso o elegemos como contexto (e pretexto) de estudo.

O estudo presente inscreve-se na área da saúde no trabalho ou saúde ocupacional. Ele traduz uma perspectiva psicológica sobre a saúde no trabalho, uma vez que não se debruça sobre os riscos físicos ou químicos, mas sim sobre a saúde ou doença decorrentes do confronto entre riscos psicossociais e o instrumento psicológico que as pessoas usam para os enfrentar, que é o *coping*. Desvendam-se, assim, os três conceitos nucleares em estudo: *coping*, fatores psicossociais do trabalho e saúde no trabalho.

O *coping* desempenha um papel central no ajustamento psicológico, bem-estar e saúde individual. Ainda que a sua definição teórica e avaliação empírica sejam objeto de longa controvérsia (Cf. Capítulo 1), as evidências empíricas reveladas pelo seu estudo são menos incertas a sustentar o *coping* como fator potencialmente mediador ou moderador da relação entre stressores e indicadores de ajustamento pessoal e saúde, como por exemplo a sintomatologia psicopatológica (e.g., Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1999; Aldwin, 1994, 2007). No que especificamente diz respeito ao trabalho, a literatura tem revelado evidências suficientes de que o *coping* é um decisivo fator moderador dos processos de stresse no trabalho e determinante da saúde individual do trabalhador e do rendimento organizacional (e.g., Mark e Smith, 2012b; Dewe, O’Driscoll & Cooper, 2010; Cf. Capítulo 2). Apesar da literatura indicar atributos salutogênicos do *coping*, não sabemos, até ao momento, como caracterizar as diferentes estratégias concretas do *coping* dos “bons trabalhadores”, isto é, das pessoas com bom estatuto de saúde e elevado rendimento no trabalho; ou seja, das pessoas com elevada capacidade para o trabalho.

O conceito de capacidade para o trabalho é um indicador de saúde ocupacional. Ela refere-se à aptidão para desempenhar a ocupação profissional e pode ser definida como a habilidade dos trabalhadores em dar resposta às exigências do trabalho sem colocar em risco a sua saúde física e mental (Tuomi, Huuhtanen, Nykyri & Ilmarinen, 2001; Ilmarinen, Tuomi & Klockards, 1997; Cf. Capítulo 2.2). Trata-se de um conceito oriundo da medicina ocupacional que traduz o interesse recente (e crescente) pelos riscos psicossociais do trabalho, qualificados como riscos “emergentes” (e.g., AESST, 2010). Os fatores psicossociais do trabalho referem-se a fenómenos de natureza organizacional, social, relacional e psicológica que concorrem para definir as práticas e processos de trabalho, tais como a pressão do tempo, lidar com clientes difíceis, má comunicação entre superiores e trabalhadores, insegurança no trabalho, ou falta de cooperação entre colegas (os cinco riscos psicossociais mais referidos no inquérito da AESST, 2010; Cf. Capítulo 2.1). Por definição, o recurso usado pelos trabalhadores para lidar com este tipo de fatores do trabalho é o *coping*; é de esperar, por hipótese, que os trabalhadores com elevada capacidade para o trabalho possuam melhores recursos de *coping* que os outros.

Com o presente estudo pretende-se, justamente, testar aquela hipótese. Queremos saber se as pessoas com elevada capacidade para o trabalho utilizam estratégias de *coping* diferentes daquelas com pior capacidade para o trabalho. Adicionalmente, desejamos conhecer e caracterizar esse perfil de *coping* mais bem-sucedido. Note-se que pretendemos estudar o *coping* em termos genéricos, e por isso solicitamos às pessoas que se reportem ao stress experimentado no trabalho, e não a stressores específicos. Ao escolher os trabalhos mentais como contexto do estudo, por outro lado, julgamos igualizar o mais possível (i.é., na ausência de controlo experimental dessa variável) o tipo de causas de stress com que os sujeitos do estudo têm de lidar. Imaginamos, ainda, que os fatores psicossociais do trabalho condicionem o *coping* utilizado pelos trabalhadores, ou seja, esperamos que determinados fatores psicossociais favoreçam o *coping*, enquanto outros o dificultem. Assim, pretendemos identificar os fatores psicossociais do trabalho que concorrem para o *coping* mais eficaz. Por fim, interessamos saber se o *coping* que concorre para a elevada capacidade para o trabalho varia de acordo com o tipo de profissão. Com efeito, é de esperar que diferentes trabalhos exijam diferentes estratégias de *coping*. O caso dos trabalhos de prestação de cuidados de saúde é um exemplo disso mesmo, uma vez que é alicerçado na dimensão relacional dos mesmos. Como se caracterizará, então, o *coping* de um profissional de saúde, por comparação com outros profissionais cuja ocupação não exija tanto relacionamento interpessoal? No Capítulo 4 descrevemos os processos metodológicos que concretizam esta intenção investigacional; nos Capítulos 5 e 6 apresentamos e discutimos os resultados obtidos.

Elegemos os profissionais de trabalhos mentais como objeto de estudo por duas razões fundamentais. A primeira razão prende-se com a natureza dos stressores associados ao trabalho, que podemos considerar, na sua maioria, como moderados. Interessa-nos estudar o *coping* com o stress moderado porque é aquele com que a generalidade das pessoas mais se confronta no dia-a-dia da sua vida. Assim, conseguimos um estudo com maior poder de abrangência, por oposição a muita da investigação sobre o *coping* que se centra em stressores mais extremos e severos e que afetam, comparativamente, menor número de pessoas, como o sejam as doenças crónicas (como o cancro ou a SIDA), acontecimentos traumáticos (por ex., acidentes) e catástrofes naturais (e.g., furacões) ou provocadas pelo homem (como um ataque terrorista). Adicionalmente, temos um interesse particular em estudar como o *coping* face ao stress moderado pode contribuir para o desenvolvimento pessoal (Ramos, 2008). A segunda razão prende-se com a natureza dos trabalhos mentais. Por oposição aos trabalhos manuais, menos diferenciados, mais repetitivos, e que apelam menos aos esforços cognitivos e emocionais dos trabalhadores, os trabalhos mentais operacionalizam melhor o tipo de trabalho que mais possibilita a realização humana, tal como acima o descrevemos. Distinguimos ainda os trabalhos mentais em dois tipos, aqueles que se processam na área da saúde e os outros, fora da área da saúde. O elemento distintivo entre estes dois tipos de trabalhos é a utilização da relação humana como instrumento de trabalho. Apesar de um diretor, um contabilista ou uma secretária também usarem a relação humana como “ferramenta de trabalho”, os profissionais de saúde utilizam-na de uma forma mais intensa e, sobretudo, com maior obrigação de contenção emocional (sua, e dos seus utentes). Os dois tipos de trabalho podem ser descritos como trabalhos emocionais, na medida em que exigem que os profissionais controlem uma vasta gama de emoções e sentimentos na prossecução das suas tarefas ocupacionais (Hochs-

child, 2012), no entanto o uso das emoções e dos sentimentos assume um carácter instrumental nas profissões da saúde.

Em síntese: assumindo o *coping* como a “ferramenta” psicológica com que se lida com a dimensão psicossocial do trabalho, pretendemos conhecer o *coping* que mais contribui para a saúde no trabalho. Dito de outra forma, pretendemos desvendar e caracterizar o “bom *coping*”, ou “*coping* capaz” (na medida em que se traduzirá em maior capacidade para o trabalho). Deste modo, esperamos poder acrescentar algum suporte empírico ao modelo que integra o stresse, o *coping* e a saúde no trabalho (Capítulo 3), o qual nos leva a pensar que a forma como lidamos com a inevitabilidade do stresse no trabalho determina em grande medida a nossa saúde e o nosso desenvolvimento pessoal.

Importa esclarecer as razões pessoais que nos motivaram para este estudo. O texto estrutura-se na primeira pessoa do plural porque nada do que afirmamos é exclusiva ou originalmente nosso. Nem podia ser dito sem as vozes anteriores que referimos, citamos, respeitamos e, em alguns casos, profundamente admiramos. Reservamo-nos, porém, o direito de nos expressarmos na primeira pessoa do singular nestes parágrafos introdutórios finais em que nos justificamos e apresentamos, uma vez que essas razões são profundamente pessoais. E poderiam até ser atentatórias contra outros, uma vez que só a mim próprio me posso apelar de contrabandista epistemológico: sendo psicólogo, pratico regularmente a transumância em áreas de saber vizinhas, como a sociologia, a filosofia, a antropologia, a biologia, a história; sendo psicoterapeuta, transaciono metodicamente saberes com outras disciplinas da psicologia, desde logo a psicopatologia, a psicologia clínica, a psicanálise, mas também a psicologia da saúde, da personalidade, do desenvolvimento, social, do trabalho e das organizações.

A realização destas provas de doutoramento representa menos uma obrigação académica de investigação para fins de progressão na carreira, do que uma atualização numa área de saber de grande interesse pessoal do ponto de vista prático e teórico, nomeadamente a saúde (e em concreto a saúde mental) e o trabalho. No entanto, no final da minha licenciatura e início da vida profissional não imaginava o quão centrais e caros estes temas viriam a ser para mim. Os meus projetos fantasiosos iniciais apontavam-me à terapia sexual como uma forma de concretizar o meu desejo de ser um psicoterapeuta da alegria e do prazer, mais comprometido com a psicologia positiva do que (apenas) com a diminuição do sofrimento psicopatológico (Ramos, 1996). Tornei-me psicoterapeuta (e continuo a tornar-me, já que se trata de um *work in progress*) mas abandonei rapidamente a ideia da terapia sexual, em favor de um interesse mais amplo e abrangente. Com a fundação do Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (IPSSO), de que fui psicólogo residente (além de cofundador e diretor técnico, apenas devido à simpatia do mentor do IPSSO, e meu mestre), vi-me enredado na centralidade do trabalho. Enredado, e seduzido. Enfim, desloquei o meu interesse na abordagem positiva da *reprodução* para a *produção*. Pareceu-me sensato, até porque as pessoas dependem mais tempo e investem mais energia a produzir que a reproduzir-se... Descobri que o trabalho é, simultaneamente, impulso organizador e desafio de individuação, bem como ameaça desestruturante e risco para o bem-estar, equilíbrio e saúde mental e física. E aprendi que o stresse e o *coping* são os processos que concretizam ambos os destinos do trabalho na vida humana. Mais: percebi que o trabalho poderia ser o pretexto para a mudança pessoal, e portanto um contexto adequado para a prática psicoterapêutica. E também para a mudança

social. Com efeito, era-me impossível não questionar o trabalho, nas suas múltiplas dimensões psicológica, social, histórica, antropológica e política (Ramos, 2001), porquanto era ele a matriz da vida sofrida plasmada em muita da psicopatologia que me via convidado a tratar. Este estudo é, assim, uma oportunidade para clarificar as melhores estratégias de *coping* e os melhores fatores psicossociais do trabalho, que possam contribuir para as pessoas lidarem melhor com o stress e as organizações estruturarem melhor o trabalho que impõem às pessoas.

Pretendi estudar os profissionais de trabalhos mentais (trabalhadores “de colarinho branco”, seguindo a terminologia anglo-saxónica) porque as minhas responsabilidades na formação graduada e pós-graduada deste tipo de profissionais me despertaram interesse e necessidade. Com efeito, em resposta a dois desafios, um da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), e outro do Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Empresarial (INDEG-IUL), estruturei e a leciono duas unidades curriculares (UC) intrinsecamente relacionadas com o stress e o *coping* no trabalho. A UC *Psicologia Relacional* (ESSUA) é um “laboratório” de *coping*, destinado a desenvolver competências para lidar com o stress de ser profissional de saúde nos alunos de todos os cursos de 1.º Ciclo da Escola. Ela é, como o próprio nome indica, uma oportunidade de formação relacional, que se sabe ser a mais indicada para aqueles profissionais cujas ocupações se estruturam na tessitura da relação humana e que são particularmente stressoras e de risco de *burnout*. A UC *Stresse, Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho* (INDEG-IUL) destina-se a profissionais e gestores de recursos humanos, para quem este não é um tema nuclear habitual da sua formação, mas de que depende tanta da eficácia organizacional. Pretende-se com a UC não apenas a sua sensibilização para o mesmo, mas sobretudo que ela contribua para adquirirem “ferramentas” práticas que lhes permitam incluir a gestão do stress e a promoção da saúde na *praxis* de gestão das suas organizações. A minha esperança, ao empreender este estudo sobre o *coping*, os fatores psicossociais e a saúde no trabalho, é recolher informação empírica específica, atual e nacional que concorra para uma melhor formação das duas populações que sirvo enquanto docente.

O terceiro motivo para a realização do estudo que consubstancia estas provas de doutoramento prende-se com a oportunidade de fazer uma síntese de cerca de década e meia de trabalho na área do stress e do *coping*. Ainda que já o tenha empreendido em termos teóricos (Ramos, 2008) e “teórico-práticos” (Ramos, 2005), faltava submeter-me ao crivo da investigação empírica e do exame académico. Entendo a possível confirmação empírica das hipóteses de investigação não apenas como necessário rito de maturidade, mas também como validação da voz em que me tornei em função das aprendizagens, reflexões e questionamentos que tenho feito desde 1996.

Estas três grandes razões conjugaram-se com a felicidade de encontrar na Universidade de Aveiro um impulso inicial para realizar estudos de doutoramento – a que acedi mais em resultado da “pressão para a conformidade” que de um desejo vocacional (uma vez que me descrevo como divulgador de ciência, e não como produtor de ciência) – e dois cúmplices de longa data, “condenados” a desempenhar o papel de meus orientadores. Reuniram-se, portanto, como em tantas outras ocasiões da minha vida, as condições nada adversas para um empreendimento de extraordinário fôlego, que muito me stressou e que levou aos limites – até quase quebrar – os meus esforços de *coping*. Senti-me ilustração viva da alostasia (McE-

wen & Lasley, 2002). Terei sido igualmente ilustração viva do “processo sacrificial renovador” (Mota Cardoso, 1997)?

# FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



*Do território (ou: Da dedução)*

Fotografia da Serra do Caramulo, Aldeia do Carvalhinho





# 1. *Coping*, ou como lidamos com o stresse

O *coping* é um território extenso e diverso, densamente povoado e delimitado por muitas fronteiras. A vastidão da sua área abarca todo o ciclo de vida das pessoas (desde a concepção até à morte), integra todas as instituições da sua ação (família, escola, trabalho, ditames socioculturais, catástrofes naturais e humanas), inclui os desafios capitais da vida (bem-estar, saúde, doença, adaptação, desenvolvimento individual, prosperidade pessoal) e implica todas as instâncias do seu viver (biológica, emocional, cognitiva, comportamental, interpessoal, social e espiritual). Trata-se de uma área com uma quantidade de produção científica praticamente incontável e de variedade dificilmente catalogável. Poder-se-ia dizer que se trata de um enclave no continente da psicologia, que faz fronteira com a psicologia da saúde, a psicologia clínica, a psicologia da personalidade, a psicologia da família, a psicologia social, a psicologia ambiental, a psicologia do trabalho e das organizações, a psicologia do desenvolvimento, a psicologia vocacional, a psicologia escolar, a psicologia do desporto, a neuropsicologia, e também com áreas de outros continentes, como a biologia, a sociologia, a psiquiatria, a psicossomática, a medicina do trabalho, a saúde ocupacional, a gestão. Desbravar tal território é tarefa hercúlea. Conhecê-lo na sua totalidade com exatidão milimétrica será tarefa irrealizável.

*Coping* é um conceito da psicologia que designa o que as pessoas fazem para lidar com a adversidade de maneira a salvaguardar o seu bem-estar. Os atributos que definem esta adversidade podem ser vários, como a novidade, a sobrecarga, a mudança, a imprevisibilidade, a incerteza, a ambiguidade, a iminência. A adversidade pode ser avaliada pelos indivíduos como desafiante, ameaçadora ou prejudicial (Lazarus & Folkman, 1984), e nesse sentido pode ser entendida como sinónimo genérico de causas de stresse, uma vez que ambos os conceitos se aplicam a todas as situações que desequilibram o normal funcionamento dos indivíduos. O comportamento perante a adversidade pode ser aberto ou coberto; as pessoas lidam com o stresse quer através de comportamentos diretamente observáveis pelos outros, quer mentalmente através de pensamentos, emoções e sentimentos. A questão implícita na ideia de *lidar* tem mais a ver com a capacidade de enfrentar, ou não, a adversidade do que com o bom êxito desse comportamento. Na realidade, as pessoas podem conseguir adaptar-se à adversidade, ou não. Neste sentido, o *coping* é a ferramenta de adaptação psicológica por excelência (Hamburg, Coelho & Adams, 1974). No entanto, o *coping* pode resultar em algo maior que a mera adaptação. Ao lidar com a adversidade, as pessoas podem aprender novas competências e aumentar o seu autoconhecimento e mestria (Aldwin, 2007, 1994); na superação da adversidade, as pessoas recriam-se em novos estádios de organização pessoal, e nesse sentido o *coping* é também um instrumento de construção de saúde e de desenvolvimento pessoal. Esta apresentação sucinta do conceito não revela, porém, todos os processos, vários e complexos,

assim como as controvérsias teóricas, que lhe subjazem. Disso daremos conta ao longo do texto subsequente.

A tradução portuguesa do conceito de *coping* não é consensual. O próprio termo inglês *coping* é de difícil tradução. O *Dicionário de Inglês-Português* da Porto Editora define o verbo *cope* (*to cope with*) como “lutar, fazer frente a, enfrentar com êxito”. De acordo com o dicionário em linha *Dictionary.com*, o verbo *to cope* significa “1. lutar ou lidar, especialmente em termos equilibrados ou com algum grau de sucesso (...); 2. enfrentar e lidar com responsabilidades, problemas ou dificuldades, especialmente com sucesso ou de uma maneira calma e adequada” e, na sua forma arcaica, “3. entrar em contacto, encontrar”. Este dicionário apresenta como sinónimos “lutar”, “esforçar-se ao máximo, empenhar-se” e “perseverar”. A definição médica de *cope* proposta pelo *The American Heritage® Stedman's Medical Dictionary* mantém o significado genérico do verbo: “lutar (contender) com dificuldades com a intenção de as superar (vencer)”. A origem etimológica do termo situa-se na primeira metade do século XIV, no termo do Francês Antigo *couper*. Do significado original de “golpe, pancada, murro” o termo evoluiu para “lidar com sucesso” no século XVII, provavelmente por influência do seu uso aplicado ao intercâmbio comercial entre o século XV e XVII havido no mar do norte com os flamengos (*Online Etymology Dictionary*). De forma a melhor encontrar um possível termo português para o conceito de *coping*, consultámos duas colegas docentes universitárias bilingues, uma cuja língua materna é a portuguesa, outra a inglesa. Ambas confirmaram que o significado mais aproximado de *coping* é *conseguir lidar com uma situação problemática de forma bem-sucedida mas com dificuldade*, e declararam não existir um substantivo único que o traduza de forma total e compreensiva. Na língua portuguesa, o verbo “lidar” encerra justamente este significado, designadamente na quarta e na quinta aceção com que o *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea* o define: “fazer frente, lutando contra o que é nocivo, errado, condenável” e “conseguir suportar um determinado estado de coisas, aceitando-o ou convivendo tranquilamente com o mesmo”. Nesta última aceção, “lidar” é apresentado como sinónimo de “enfrentar”, o que acaba por unificar as duas. As ideias de *situação problemática* e de *dificuldade* mantêm-se nas restantes aceções da palavra: combater, trabalhar com esforço, sofrer e passar dificuldades, contactar e usar determinado instrumento, conviver, correr um touro e farpeá-lo. O verbo *lidar* é adequado para traduzir o termo *coping*, e é de facto utilizado na literatura científica: *lidar com o stresse* traduz perfeitamente *coping with stress*. No entanto, coloca-se um problema: que termo traduz o substantivo inglês *coping*? O substantivo correspondente ao verbo *lidar* é *lida* ou *lide*. De acordo com o mesmo dicionário, *lida* é um derivado regressivo do verbo *lidar* e significa “qualquer trabalho que exija esforço, que causa fadiga; acto ou efeito de lidar”, e é apresentado como sinónimo de *azáfama* e de *faina*. *Lide* é um substantivo feminino, com origem no latim *litis*, que significa “debate, querela”, e assume, na quarta aceção apresentada pelo dicionário, o mesmo significado de *lida*. Nas outras aceções, *lide* refere-se a “luta, combate, peleja”, a litígio, à defesa de princípios político-partidários e ao toureio. Ainda que *lida* ou *lide* mantenha o sentido de *coping*, a verdade é que na literatura científica em língua portuguesa das ciências sociais e da medicina não se usa esse termo.

Os autores portugueses têm optado ou por manter o termo, ou por o traduzir. Quando se mantém o termo, usam-se amiúde as expressões *mecanismos de coping* (Mota Cardoso, Veríssimo, Pais, Palhinhas & Moura, 1988) e *estratégias de coping* (Vaz Serra, Firmino & Rama-

lheira, 1988). Quando se traduz o conceito, utiliza-se a expressão *recursos e estratégias para lidar com o stresse* (Vaz Serra, 2011), *modos de lidar com os acontecimentos* (Pais-Ribeiro & Santos, 2001), *processos de confronto* (Branco Vasco, 1985), *estratégias de adaptação* (APA<sup>1</sup>, 2002) e ainda como sinónimo de *resolução de problemas* (Vaz Serra, 1988). Por vezes, o conceito é traduzido por *mecanismos de superação*, uma tradução discutível uma vez que os mecanismos de *coping* podem ser mal-adaptativos (Mota Cardoso, 1999). Os autores brasileiros usam frequentemente a expressão *estratégias de enfrentamento* (e.g., Mazon, Carlotto & Câmara, 2008), tal como os autores de língua castelhana (e.g., Castaño & Del Barco, 2010). Nenhuma das traduções por um substantivo é inteiramente satisfatória, já que lidar com o stresse pode não implicar confronto ou enfrentamento, adaptação, resolução ou superação. Por seu lado, se manter a expressão *estratégias para lidar com o stresse* parece ser a mais adequada, ela torna-se de uso difícil para efeitos de redação de texto. Esta dificuldade com o uso português do conceito motivou já alguns autores a anteverem um futuro aportuguesamento do termo para *copingue* (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). No entanto, esta palavra não é usada na linguagem comum, tal como sucedia com o conceito de *stress*, por isso mesmo aportuguesado pela grafia *stresse* proposta pela Academia de Ciências de Lisboa. Por uma questão de economia na redação do texto (na medida em que é mais fácil escrever *mecanismos ou comportamentos de coping*, do que *mecanismos ou comportamentos para lidar com o stresse*), tendo em conta o âmbito académico desta monografia, e ainda por uma questão de harmonização com a literatura internacional, optamos por manter o termo inglês. Se, porém, tivéssemos de optar por uma expressão portuguesa, elegeríamos *esforços de adaptação*.

#### *Revisão histórica do conceito de coping*

Não pretendemos detalhar a história do *coping*, até por não ser esse o âmbito deste texto. Não dispensamos, contudo, ensaiar uma revisão histórica do conceito, pontuada pelo destaque das ideias, autores e acontecimentos que consideramos capitais na criação e desenvolvimento da teoria do *coping*.

#### *Os mecanismos de defesa, ou a “pré-história” do conceito de coping*

A primeira descrição da forma como as pessoas respondem à adversidade é de natureza psicanalítica – intrapsíquica, portanto – e foi proposta por S. Freud em 1894, nos primórdios da psicanálise. Freud introduziu os conceitos de *defesa* e *repressão* para descrever operações psicológicas pelas quais nos protegemos de pensamentos e sentimentos dolorosos causados por situações perturbadoras (atualmente diríamos situações *stressoras* ou *stressantes*, mas então o conceito de stresse era ainda inexistente). Inicialmente indistintas, a repressão foi posteriormente redefinida como um tipo particular de defesa, sendo esta definida como esforços do Ego contra ideias e sentimentos insuportáveis geradores de ansiedade neurótica (Parker & Endler, 1996; Freud, 1946/1975). Já Adler entendia os mecanismos de defesa de forma diferente do seu mestre, não como proteções do Ego das forças instintivas, mas como salvaguardas de ameaças externas e ambientais (Snyder & Dinoff, 1999). A ideia de defesa psicológica proposta subsiste até aos dias de hoje, e trata-se de um conceito central não apenas na psicanálise mas também na própria psicopatologia. Freud e Adler instituíram a ideia de que a

mente é capaz de se enganar e iludir a si própria por forma a não se confrontar com sentimentos e acontecimentos dolorosos.

A definição e sistematização (e popularização) do conceito de *mecanismos de defesa* deve-se a A. Freud e à sua obra originalmente publicada em 1936, *The ego and the mechanisms of defense*. Parker & Endler (1996) singularizam quatro contribuições capitais da obra de A. Freud para o conceito de mecanismos de defesa. Em primeiro lugar, ela compila e sistematiza os mecanismos de defesa identificados pelo pai (por ex., regressão, repressão, formação reativa, projeção, introjeção, sublimação, etc.) e acrescenta novos mecanismos (por ex., identificação com o agressor, intelectualização, negação em fantasia, etc.), num enquadramento concetual que integra também a perspetiva de Adler (Snyder & Dinoff, 1999); ou seja, os mecanismos de defesa tanto protegem o Ego das ameaças internas, como das externas. Em segundo lugar, A. Freud constata que as pessoas não recorrem de igual modo a todos os mecanismos de defesa, mas tendem a utilizar um repertório preferencial e mais restrito de defesas. A eleição deste conjunto constitui um estilo defensivo particular, com o qual elas habitualmente enfrentam a adversidade e se protegem do conteúdo mental perturbador. A terceira contribuição prende-se com a associação entre estilos de defesa específicos e psicopatologia. Lazarus (1993a) destaca a ligação entre defesas de intelectualização e anulação e a obsessão-compulsão, entre projeção e a paranóia, ou entre a repressão e a neurose histérica. Por fim, o seu quarto grande contributo é a diferenciação dos mecanismos de defesa, nomeadamente a afirmação de que uns são potencialmente mais patológicos que outros. Parker & Endler (1996) destacam a influência desta ideia no desenvolvimento posterior da teoria dos mecanismos de defesa, designadamente na distinção entre defesas saudáveis, adaptativas ou maduras, e defesas patológicas, mal-adaptativas ou imaturas. Ainda que muitos outros autores tenham desenvolvido este tema, a literatura destaca as contribuições de Haan (1977/1985), Vaillant (1997/1995) e Horowitz (1976/2011). A título ilustrativo e de modo sucinto, mencionamos de seguida o trabalho do segundo na atualização e sistematização teórica dos mecanismos de defesa, e deixamos a referência à obra da primeira para o ponto 1.4 e à do terceiro para o ponto 1.3.

Vaillant é um dos mais influentes representantes da moderna perspetiva sobre os mecanismos de defesa, que os entende não apenas como “*mecanismos mentais involuntários que distorcem a nossa perceção da realidade interna ou externa para reduzir o sofrimento subjetivo*” (2000, p.89; itálico no original), mas sobretudo como instrumentos de adaptação saudável, criativa e socialmente valorizada (Hentschel, Dragus, Ehlers & Smith, 2004); naturalmente, uns mais do que outros – “indivíduos que utilizam defesas maduras têm melhor saúde mental e relacionamentos mais gratificantes que indivíduos que utilizam defesas imaturas” (Parker & Endler, 1996, p.5). Vaillant (1977/1995, p.80) sistematiza a diferença entre umas e outras ao propor uma hierarquia de 18 mecanismos de defesa em quatro níveis, dos mais patológicos para os mais saudáveis: *mecanismos psicóticos (nível I)*, como a negação, distorção e projeção delirante (comuns nas psicoses, sonhos e infância); *mecanismos imaturos (nível II)*, como a fantasia, projeção, hipocôndria, comportamento passivo-agressivo e *acting-out* (comuns na depressão severa, perturbações da personalidade e adolescência); *mecanismos neuróticos (nível III)*, como a intelectualização (i.é., racionalização, isolamento, comportamento obsessivo, anulação), repressão, formação reativa, deslocamento, dissociação (comuns a todas as pessoas); e *mecanismos maturos (nível IV)*, tais como sublimação, altruísmo, antecipação,

humor, supressão (comuns em adultos *saudáveis*). Sob inspiração da psicologia positiva (já nos antípodas, portanto, da matriz que deu origem ao conceito), as defesas de nível IV são também designadas de *adaptativas*, na medida em que aumentam a capacidade para o trabalho, o amor e o jogo, e diminuem o conflito e a dissonância cognitiva (Vaillant, 2000). Em termos cronológicos, o conceito de mecanismos de defesa é anterior ao de *coping*; no entanto, do ponto de vista teórico, ele traduz igualmente uma história paralela, marcada até pela influência mútua. Adiante, no ponto 1.4, voltaremos a este tópico.

#### *Fundação do conceito de coping*

Podemos situar o “nascimento” do conceito de *coping* no início da década de cinquenta do século XX. O termo foi proposto por Murphy (1974) para designar as estratégias utilizadas por crianças para lidar com diferentes situações moderadamente desafiantes ou ameaçadoras, tanto novas como familiares. Os estudos em questão baseavam-se na observação naturalista e foi necessário encontrar uma designação para as estratégias desenvolvidas pelas crianças: o grupo de investigadores por si liderado decidiu chamar-lhes “*coping*”. Pode-se concluir que a fundação do conceito de *coping* foi quase fortuita: *we did not undertake to make a big deal out of the word «coping». It was just that we wanted to see what was going on with children* (Murphy, 1974, p. 72). A ideia de *coping* associava-se à forma como crianças normais lidavam com os naturais altos e baixos dos desafios e frustrações da vida. Murphy considerava que a observação da forma como aquelas crianças enfrentavam os seus problemas poderia lançar luz sobre o modo como todos nós lidamos com as exigências stressantes e a novidade, sobretudo quando não dispomos de respostas automáticas e temos de encontrar uma forma de lidar com as situações o melhor que podemos. A este esforço para lidar com o que é novo corresponde, no fundo, a ideia de “ganhar experiência”, ou seja, o desenvolvimento de modos padronizados de lidar com a novidade (Lazarus, 1966). Esta terá sido, portanto, a primeira formulação do *coping* enquanto conceito interacional, e não intrapsíquico.

Mantendo a analogia anterior: se o “nascimento” do *coping* se dá com Murphy, o seu “batismo” acontece com Lazarus. A publicação do *Psychological stress and the coping process*, em 1966, deve ser entendida como o marco fundador do atual conceito de *coping*, sistematizado como anteriormente não havia sido, e autonomizado em relação ao conceito de defesa psicológica. Lazarus (1966) é muito claro nas suas intenções: ao propor uma teoria do stresse psicológico, ele pretende não apenas definir um quadro de referência teórico, mas também sistematizar conceitos e precisar a linguagem. Assim, demarca-se da perspectiva única do stresse como fenómeno biológico inaugurada por Selye (1978), para o definir como um “termo genérico para toda a área de problemas que incluem os estímulos produtores de reacções de stresse, as reacções elas mesmas, e os vários processos intervenientes” (Lazarus, 1966, p.27). Instaura uma área de estudo ampla, complexa e interdisciplinar, que compreende três diferentes níveis de análise, indicados pelos adjetivos disciplinares a seguir ao termo stresse: stresse sociológico, stresse psicológico e stresse fisiológico. E, por fim, estabelece o quadro de referência para o stresse psicológico (enquanto nova área de estudo, ainda que muito próxima de outros temas psicológicos, como a adaptação e a emoção), essencialmente baseado em dois conceitos: ameaça e *coping*.

O *coping* refere-se às estratégias psicológicas e comportamentais para lidar com a ameaça. A ameaça, por seu lado, é o aspeto central do stress psicológico. Ela representa a característica definidora das condições ou estímulos que a pessoa avalia como pondo em perigo valores ou objetivos importantes, e possui duas propriedades fundamentais: (1) é antecipatória, na medida em que envolve expectativas de dano futuro; e (2) dependente de cognições, como a percepção, aprendizagem, memória e pensamento, as quais se podem operar sem que delas se tenha total consciência. O “valor” da ameaça – ou seja: o seu significado – é determinado pela avaliação cognitiva, que Lazarus dividiu em primária e secundária. Uma vez que ele posteriormente reformulou estes conceitos, reservamos a sua apresentação e definição para mais tarde (Capítulo 1.1). Sintetizando, Lazarus (1966) define pela primeira vez o conceito de *coping*, enunciando-o como comportamento ou processo psicológico que a pessoa desencadeia para mitigar ou eliminar a ameaça, afirma-o não como um mecanismo instintivo (como no caso dos animais de laboratório usados para estudar o stress fisiológico) mas dependente da aprendizagem, do desenvolvimento e da cultura, e sistematiza detalhadamente diferentes comportamentos de *coping* e correspondentes avaliações cognitivas (ações diretas com padrões de ataque ou de evitamento, reavaliações defensivas, reações ansiosas).

Consideramos a publicação do livro *Coping and adaptation*, em 1974, o terceiro acontecimento decisivo na fundação do conceito de *coping*. Esta obra representa *la crème de la crème* do pensamento científico (i.é., teorias, investigação empírica e autores) de então sobre este (novo) tema, e congrega algumas das comunicações centrais da conferência com o mesmo nome havida cinco anos antes em Palo Alto, California. Congresso e publicação ambicionavam criar uma síntese integradora das perspetivas biológicas e sociológicas sobre o *coping* e a adaptação. A tese central e unificadora partilhada pelos autores de diferentes disciplinas consiste na afirmação do *coping* como referência do comportamento criativo e adaptativo, seja perante stressores característicos da evolução da espécie humana, crises desenvolvimentais decorrentes do ciclo de vida, ou exigências sociais e tecnológicas associadas às culturas industrializadas (Coelho et al., 1974). Com efeito, sendo a adaptação a expressão da interação entre um indivíduo e o seu ambiente (Scheuch, 1986), a tentativa de manter essa relação num equilíbrio favorável aproxima conceptualmente a ideia de adaptação dos conceitos de stress e de *coping*. White (1974, pp. 48-49) clarifica que o conceito de *coping* pressupõe “um problema ou mudança substancialmente drásticas que desafiam formas familiares [i.é., conhecidas, habituais] de comportamento, requerem a produção de novos comportamentos, e muito provavelmente originam afetos desconfortáveis como ansiedade, desespero, culpa, vergonha, ou pesar, cujo alívio toma parte na necessária adaptação”. A sobrevivência das espécies e o sucesso dos indivíduos reflete a sua capacidade de adaptação perante diversos stressores ambientais (Tapp, 1985). O *coping*, justamente, modela de forma ativa o curso das relações pessoa-ambiente, assim como o ambiente modela o *coping*, estimulando as pessoas a atualizarem os seus recursos de *coping* (Coyne e Lazarus, 1980). A adaptação psicológica não significa nem um triunfo sobre o ambiente nem uma rendição ao mesmo, mas sim uma luta para conseguir um compromisso aceitável (White, 1974), o qual pode ser entendido enquanto ajustamento pessoa/ambiente (French, Rodgers & Cobb, 1974), um ajustamento que pressupõe a mudança alimentada por comportamentos inovadores e imaginativos (Murphy, 1974).

O modelo que explicita a estrutura do *coping* proposto por Pearlin e Schooler (1978) é outra das contribuições fundadoras do conceito habitualmente referidas pela literatura (e.g.,

Skodol, 1998). Além da estrutura do *coping*, e mais concretamente das suas três funções, julgamos encontrar dois contributos adicionais merecedores de registo. Pearlin e Schooler descrevem o *coping* do ponto de vista sociológico como mediador do impacto das sociedades nos seus membros, definem-no enquanto comportamentos de proteção perante experiências sociais problemáticas, de modo a que os indivíduos não sejam psicologicamente afetados por elas, e distinguem três funções do *coping*: (1) alteração das condições problemáticas; (2) modificação do significado da experiência; e (3) diminuição das consequências emocionais negativas da mesma (Pearlin & Schooler, 1978). Note-se que estas três funções não são exclusivas entre si, pelo contrário – os autores verificaram mesmo que a ação protetora do *coping* é diretamente proporcional à variedade e extensão do repertório de *coping*. Com efeito, Pearlin e Schooler postulam o *coping* como multidimensional e constituído por uma variedade de comportamentos, cognições e perceções. Das duas contribuições adicionais, uma tem que ver com a clarificação de conceitos, e outra com o alargamento do âmbito do *coping* (aspeto que muito importa para o estudo que adiante relatamos). Pearlin e Schooler sugerem a necessidade de se distinguir *recursos sociais*, *recursos psicológicos* e *respostas específicas de coping*. Os recursos referem-se àquilo de que as pessoas dispõem para desenvolver o seu repertório de *coping*. Os primeiros situam-se ao nível das redes de relações interpessoais e os segundos às características da personalidade. As respostas de *coping* remetem para comportamentos, cognições e perceções em que as pessoas se envolvem quando confrontam os seus problemas de vida. Relativamente aos dois últimos, os recursos psicológicos traduzem o que as pessoas *são*, ao passo que as respostas de *coping* indicam o que elas *fazem*. Por fim, os autores advertem que alguns problemas humanos importantes, como aqueles relacionados com a ocupação profissional, não são sensíveis ao *coping* individual, e sugerem que os mesmos devem ser abordados coletivamente. Esta sugestão não só é pertinente (a nossa prática demonstra-o), como assaz interessante do ponto de vista teórico – retomando o conceito dos mecanismos de defesa, observámos uma ampliação dos esforços de adaptação perante a adversidade desde o nível intrapsíquico até ao nível social.

Nestes quatro momentos fundadores do conceito de *coping* detetamos alguns dos constituintes indispensáveis para uma revolução científica (Khun, 1972): a emergência de uma ideia nova, como uma proto-teoria, com Murphy; a sistematização da nova teoria, com Lazarus e Pearlin; e a indispensável dimensão sociológica da afirmação do novo paradigma, com a realização da conferência *Coping and adaptation*.

#### *Fixação do conceito de coping*

O modelo transacional do stresse e do *coping* proposto por Lazarus e Folkman, bem como a obra em que o apresentam publicada em 1984 e intitulada *Stress, appraisal and coping*, representa a fixação definitiva do conceito de *coping*. O próprio título do livro é sugestivo da revolução paradigmática instaurada por estes autores: ao conceito cujo estudo então estava em voga (stresse), juntam os dois novos conceitos (avaliação cognitiva e *coping*) na ausência dos quais o stresse humano não mais voltou a ser estudado. Trata-se do livro sobre o stresse e o *coping* alguma vez mais citado (mais de 25000 citações, segundo o Google Académico; entre os livros clássicos nesta área, o *The stress of life* de Selye é citado cerca de 8500 vezes, o *Health, stress and coping* de Antonovsky cerca de 4700 e o *Stressful life events* “dos” Dohrenwend cerca de 1600). Na verdade, nenhum outro autor posterior a esta data deixou de

ser, totalmente ou em parte, tributário do modelo de Lazarus e Folkman, podendo quase afirmar-se não ser possível estudar o stresse e o *coping* sem referir a obra marcante destes autores.

Lazarus & Folkman (1984) definem *coping* como esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências externas e/ou internas avaliadas como cobrindo ou excedendo os recursos da pessoa. Note-se que a segunda oração da frase anterior é, justamente, a essência definidora de stresse proposta pelos autores: exigências que ultrapassam os recursos da pessoa. Estes esforços são determinados por um processo de avaliação cognitiva que determina o significado da transação de stresse – dano, ameaça ou desafio – e, em última análise, quer a resposta biológica de stresse, quer o sucesso ou insucesso do próprio *coping*. Lazarus & Folkman definiram ainda dois alvos genéricos de *coping*, consoante as estratégias empregues se destinam a alterar a situação stressora (focado nos problemas) ou a reduzir o mal-estar que ela provoca (focado nas emoções). Uma vez que este será um dos modelos de *coping* a explicar mais adiante, reservamos mais detalhes para então.

O modelo transacional é, em rigor, transacional-processual-cognitivo-fenomenológico. O *coping* é entendido no contexto de uma relação entre o ambiente e o indivíduo dinâmica, mutuamente recíproca e bidirecional, e por isso é transacional. Lazarus & Folkman (1984) destacam a ideia de transação como novo nível de abstração, cujo efeito supõe a integração das características de duas variáveis diferentes, ao contrário da interação, em que as variáveis mantêm a sua identidade. O *coping* é entendido como um estado, determinado por um contexto específico, e que muda em função da evolução do encontro de stresse, e por isso é um processo. Ou seja, o *coping* é o que a pessoa *realmente* faz ou pensa na transação de stresse específica, e não um traço da sua personalidade; esse *coping* só pode ser entendido no contexto de um encontro com um stressor específico, o qual, dada a sua natureza transacional, vai sofrendo alterações e mudanças. O *coping* depende da avaliação cognitiva do significado do encontro de stresse e da avaliação dos recursos de *coping* disponíveis, da possibilidade de sucesso dos mesmos, das possíveis restrições ao seu uso, etc., num complexo processo cognitivo, e por isso o modelo é cognitivo. Uma vez que o *coping* depende da avaliação cognitiva e “porque a avaliação cognitiva assenta na interpretação subjetiva da transação pelo indivíduo” (Lazarus e Folkman, 1984, p.46), só podemos analisar o *coping* em função da forma como o indivíduo entende a transação, e por isso o modelo é fenomenológico.

Há poucas coisas definitivas em psicologia – a obra de Richard Lazarus é uma delas. O modelo transacional é prevalecte e foi tomado como matriz teórica psicológica do stresse e do *coping*. Muito para além desse facto, foi o programa teórico e empírico que lhe subjaz que fez com que Lazarus acabasse por marcar a história da psicologia como um dos principais responsáveis pela mudança do paradigma behaviorista para o cognitivista. Equiparamos Lazarus a autores como Freud ou Rogers, na dimensão do legado teórico que deixaram à psicologia, bem como na controvérsia que sempre foram suscitando; adiante regressaremos a este tópico específico.

#### *Desenvolvimentos do conceito de coping*

Os desenvolvimentos em torno do conceito de *coping* até aos dias de hoje mantiveram o essencial da teoria de Lazarus (1999; 1993a; Lazarus & Folkman, 1984), criticaram-na e enri-



queceram-na. A década de 80 do século XX foi marcada pela criação dos principais instrumentos psicométricos de avaliação do *coping* e pelo debate suscitado pelos resultados revelados pelos mesmos. As principais transformações ocorreram a partir da década de 90, com o estudo do *coping* a enquadrar-se no programa teórico e investigacional da psicologia positiva, com o início do estudo da sua função transformacional promotora do desenvolvimento (Aldwin, 1994, 2007), com a proliferação de estudos de *coping* em diferentes contextos (além dos acontecimentos de vida e das catástrofes naturais, estudou-se o *coping* na doença e em doenças específicas, sobretudo crónicas e graves, no casal, na família, no trabalho, em profissões específicas, no desporto, etc.) e com diferentes grupos etários (por ex., na adolescência, e no envelhecimento), e com o surgimento de novos tipos de *coping* (como o proactivo e o coletivo). Algumas dimensões do *coping* foram também esclarecidas, como o seu substrato cultural (e.g., Wong, Reker & Peacock, 2006). Já nestes primeiros anos do presente século, o estudo do *coping* autonomizou-se em relação ao estudo stresse e à forma como as pessoas se adaptam, centrando-se no estudo de como elas aproveitam as suas capacidades e maximizam o seu potencial (Frydenberg, 2002). Este será o desenvolvimento teórico mais recente e atual na área do *coping*, e representa em si mesmo uma mudança paradigmática: substitui-se o interesse pela reação à adversidade como forma de minimizar a patologia pela orientação positiva para a saúde e bem-estar. Na verdade, não se abandona a primeira, antes se concetualiza o *coping* como “um continuo que se estende da gestão do stresse e da adaptação até ao alcançar sucesso e prosperar na busca de objetivos” (Frydenberg, 2002, p.1). Recentemente, foi até proposto um novo conceito paralelo ao *coping*, enquanto sua alternativa teórica em contextos de stresse positivo: *savoring* (em língua portuguesa, poderia traduzir-se por *desfrutar*; e.g., Tristão, 2009). Assim, o *coping* ficaria adstrito ao stresse mau ou negativo (*distresse*) e o *savoring* ao stresse bom ou positivo (*eustresse*). O *savoring* traduz as respostas positivas das pessoas face às exigências e define o que elas fazem para promover e prolongar a experiência do stresse positivo (Nelson & Simmons, 2005, 2011). Em rigor, porém, este interesse pelo pólo positivo dos resultados do *coping* era já afirmado pelos investigadores que participaram na conferência *Coping and adaptation*. Afirmado, mas não tão estudado. Atualmente, falar de *coping* é falar de conceitos e processos como a esperança, humor, perdão, religião, otimismo, ou crescimento pós-traumático. Ou seja, processos que concorrem para que as pessoas vivam melhor, mais do que meramente prevenir doenças precipitadas pelo stresse.

Vários destes desenvolvimentos serão por nós abordados ao longo do texto, em outras secções. Proximamente referiremos as contribuições de Roth & Cohen (1986) e de Snyder (Snyder & Pulvers, 2001) a propósito dos modelos teóricos do *coping* e da sua tipologia. O *coping* no trabalho, por seu lado, é o objeto central desta monografia e merecerá um capítulo autónomo. Alguns dos “novos” processos de *coping*, como o humor ou a religião, serão abordados na discussão dos resultados.

## 1.1. Modelos teóricos do *coping*: transacional e sequencial

O *coping* tem sido definido de inúmeras formas, ainda que mantendo os mesmos constructos nucleares. De entre as definições mais referidas pela literatura, destacamos por ordem

cronológica aquelas que consideramos mais interessantes do ponto de vista histórico e teórico. Impõe-se-nos uma observação sobre a nossa tradução de dois termos recorrentes nas definições (sobretudo de Lazarus): *manage* e *tax*. Optámos por traduzir a primeira por “lidar” para manter a noção do conceito na língua portuguesa, ainda que outras traduções fossem possíveis, designadamente *gerir* (apesar de muito associada à gestão, recorreremos a ela quando necessitamos de preservar a construção frásica original) ou *manejar* (talvez mais adequada, mas menos usada). Escolhemos a ideia de *forçar* para a segunda, embora ela possua um duplo sentido: por um lado, *cobrir* (ou seja, ficar *imediatamente à altura*, por comparação com *exceder*) e por outro *sobrecarregar* e *pôr à prova* (talvez estes sinónimos se revelem mais felizes na transmissão da ideia pretendida).

- “Estratégias para lidar com a ameaça” (Lazarus, 1966, p. 151)
- “*Coping* refere-se à adaptação em condições relativamente difíceis” (White, 1974, p. 49); enquanto uma das estratégias de adaptação (sendo as outras a defesa e a mes- tria), o *coping* é o compromisso adaptativo que promove a autonomia;
- “Qualquer resposta às tensões externas da vida que serve para prevenir, evitar ou controlar sofrimento emocional” (Pearlin & Schooler, 1978, p. 3)
- “Esforços, tanto orientados para a ação como intrapsíquicos, para gerir (isto é, domi- nar, tolerar, reduzir, minimizar) exigências e conflitos ambientais e internos (...) [que] forcem ou excedem os recursos da pessoa” (Lazarus & Launier, 1978 citado por Coyne & Lazarus, 1980, p.154)
- “Esforços para dominar condições de dano, ameaça ou desafio quando uma resposta automática ou rotineira não está prontamente disponível” (Monat & Lazarus, 1985, p. 5)
- “Resposta destinada a diminuir a carga física, emocional e psicológica ligada a aconte- cimentos de vida stressantes e a aborrecimentos diários” (Snyder & Dinoff, 1999, p. 5)
- “Pensamentos, sentimentos ou ações que preservam um estado psicológico satisfató- rio quando ele é ameaçado” (Snyder & Pulvers, 2001, p. 4)
- “Esforços conscientes e volitivos para regular a emoção, cognição, comportamento, fisiologia, e o ambiente em resposta a acontecimentos ou circunstâncias stressoras” (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001, p. 89)

Provavelmente, a definição mais citada de *coping* é a de Lazarus & Folkman (1984, p. 141):

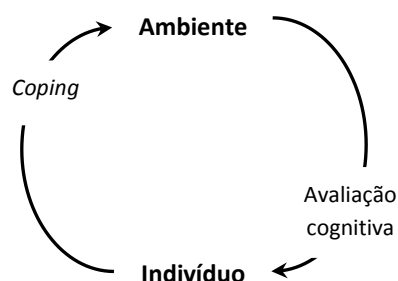
- “Esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para lidar com exi- gências específicas externas e/ou internas que são avaliadas como forçando ou exce- dendo os recursos da pessoa”

Olhando para as diferentes definições, encontramos os mesmos três constructos genéricos e comuns relativos à situação, ao que a pessoa faz e aos resultados almejados. Começando pelo que a pessoa faz: o *coping* é entendido como um conjunto de *esforços cognitivos, emo- cionais e comportamentais* de *autorregulação* e de *regulação do ambiente* em resposta a situações caracterizadas por *dificuldade, tensão* e *sobrecarga*. No que respeita aos resultados, o *coping* visa *diminuir o sofrimento* e assegurar um *compromisso adaptativo*. Encontramos ainda duas ideias que interessa destacar, uma que remete para a *transação* entre a pessoa e o

ambiente (as definições deixam entender que existe uma troca entre ambos, respondendo a primeira com sobreforço à sobrecarga imposta pelo segundo) e outra que destaca o papel da *percepção* do indivíduo (depreendendo-se que dela depende a escolha das estratégias de *coping*). Ora, são justamente estas as características distintivas do modelo transacional do stresse, que passamos a apresentar.

### *Modelo transacional de Lazarus*

No Capítulo 1 introduzimos já o modelo transacional do stresse e *coping* de Lazarus & Folkman (1984), destacando essa perspectiva transacional do *coping* que (1) o define enquanto comportamento (no sentido mais lato da palavra) específico para lidar com o stresse, (2) determinado por um processo de avaliação cognitiva e (3) orientado quer para a mudança das circunstâncias ambientais adversas, quer para a autorregulação emocional. Adiantámos igualmente os conceitos teóricos que epistemologicamente o diferenciam e autonomizam, elevando-o inclusive à condição de novo paradigma no estudo do stresse humano: trata-se de um modelo transacional (e não interacional, e muito menos de causalidade linear), processual (e não estrutural), cognitivo (e não unicamente biológico) e fenomenológico (e não nomotético). Lazarus (1966, 1993b, 1993a; Lazarus & Folkman, 1984) instaura o conceito e inaugura a tradição teórica e empírica do *stresse psicológico*, deixando de ser possível, a partir da década de 60 do século passado, falar de stresse sem falar da avaliação cognitiva e do *coping*.



*Figura 1.1. Circularidade do stresse e coping*

O modelo transacional destaca os processos que tomam lugar nas transações entre o ambiente e a pessoa, designadamente a interpretação do significado de um encontro stressante (avaliação cognitiva) e as estratégias para lidar com as exigências implícitas no mesmo (*coping*). A Figura 1 representa este bidirecional “comércio psicológico”, o qual traduz a recusa do modelo causa-efeito no estudo da relação entre a pessoa e o ambiente (portanto, no estudo do stresse humano) em favor de um modelo de causalidade circular (Lazarus & Folkman, 1986). Destacamos a exposição sobre a avaliação cognitiva, porque no fundo se trata do elemento nuclear deste modelo; o *coping* será explanado também nos capítulos subsequentes.

A avaliação cognitiva designa as análises mentais encetadas pelos indivíduos para estimar os constrangimentos impostos pelo ambiente e os recursos de que dispõem para lhes fazer face.

A avaliação ocupa um lugar central nas experiências de *stress*, na medida em que é através do processo de avaliação que o indivíduo toma conhecimento do significado – para o seu bem-estar – das relações que estabelece, e nas quais se envolve, com o(s) seu(s) meio(s). (...) não é um acto [*sic*] do pensamento racional e lógico: não avaliamos determinada situação como indutora de *stress*, no contexto de uma reflexão conscientemente ponderada. A avaliação é um processo automático, involuntário e afectivo [*sic*], e acontece no tempo de um «curto-circuito emotivo» (Ramos, 1999, p. 36).

Trata-se, pois, de um processo automático e contínuo, sendo que a forma como percecionamos o encontro de stress determina a resposta biológica de stress, as emoções experimentadas e os resultados em termos adaptativos (Coyne & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984). Uma nota se impõe acerca da possível sinonímia entre *perceção* e *avaliação cognitiva*. Ainda que Lazarus tenha usado os dois termos enquanto sinónimos, ele clarifica que “o termo *perceção* é ambíguo na medida em que não implica necessariamente uma avaliação do significado pessoal do que está a acontecer para o bem-estar” (Lazarus, 1999, p.74). Lazarus justifica ter utilizado o termo no passado não como um simples registo de factos, mas como um processo criador de significado, para o qual contribuem objetivos e crenças pessoais que, no limite, *constroem* o que é percecionado. Enquanto ato de significado (Bruner, 1997), o conceito mais amplo de *perceção* pode ser entendido como sinónimo de *avaliação cognitiva*; em abono do rigor operacional, são conceitos distintos.

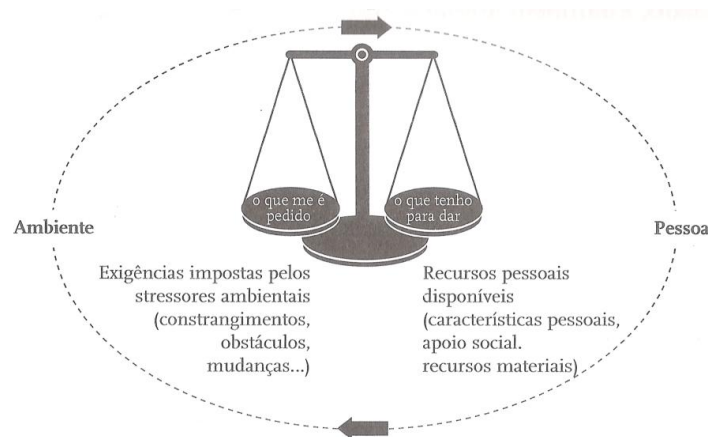
A avaliação cognitiva é constituída por dois processos avaliativos conceptualmente distintos. O primeiro processo denomina-se *avaliação primária* e serve para a pessoa identificar as exigências impostas pela transação stressora. É em função deste momento avaliativo que o indivíduo atribui um primeiro *significado* ao encontro de stress, no que toca ao seu bem-estar. Através deste processo avaliativo, ele procura responder à questão *Estou bem, ou estou “em apuro”?* *Estar bem* significa que o encontro não comporta adversidade substancial, e por isso é irrelevante ou benigno-positivo (Lazarus & Folkman, 1984): não há lugar à ativação psicofisiológica que caracteriza a resposta biológica de stress (pelo menos perante a irrelevância da situação, já que no segundo caso a antecipação de resultados positivos pode ativar essa resposta, porém com contornos benignos, isto é, sem sofrimento). *Estar em apuros* traduz um resultado negativo para o seu bem-estar, presente ou futuro, e por isso significa estar em stress: o organismo reage ativando dos eixos neuroendócrinos simpático-supra-renal e hipotalâmico-hipófiso-supra-real que sustentam a resposta biológica de stress. Neste momento, a *perceção* de stress significa que a situação representa *dano*, *ameaça* ou *desafio*. A distinção entre as três far-se-á em função do segundo processo avaliativo, descrito adiante. As situações que disparam a avaliação primária podem ser físicas (e.g., calor excessivo), psicológicas (e.g., conflito interpessoal) ou sociais (e.g., falta de dinheiro), e ainda externas (os exemplos anteriores) ou internas (pensamentos ou sentimentos desagradáveis) (Vaz Serra, 2011). Podem ainda ser categorizadas em *acontecimentos catastróficos* (e.g., furacão, guerra), *acidentes de vida* (acontecimentos importantes normativos do ciclo de vida, como a mudança de emprego ou a morte de alguém querido), *stressores crónicos* (e.g., uma doença crónica ou um conflito inter-

peçoal irresoluto), *acontecimentos traumáticos* (e.g., acidente de viação, violação sexual), *microstressores* (pequenos aborrecimentos cotidianos, como o trânsito ou os atrasos) e *macrostressores* (acontecimentos ou condições socioeconómicas preocupantes, como uma crise económica internacional) (Ramos, 1999, 2005). Por fim, as situações stressoras podem também ser classificadas em função da área de ação humana considerada, como por exemplo o trabalho (e.g., excesso de trabalho, falta de reconhecimento, etc.). Acresce ainda o facto destas situações se poderem somar entre si, umas levando a outras (por exemplo, a falta de dinheiro motivada pelos gastos com uma doença crónica familiar leva a trabalhar em excesso, a passar mais tempo no trânsito e a provocar mais atrasos) numa adição de stressores designada de *proliferação do stresse* (Pearlin, Aneshensel & Leblanc, 1997).

A *avaliação secundária* é o segundo momento avaliativo, através do qual a pessoa pondera também os recursos que dispõe para fazer face às exigências adversas decorrentes da relação com o ambiente. Neste processo, os indivíduos procuram resposta para a questão *E o que posso eu fazer?* Lazarus & Folkman (1984, p. 35) fazem notar que se trata de um processo complexo, e não um “mero exercício intelectual”, em que as pessoas consideram as opções de *coping* disponíveis, a eficácia no ajustamento das mesmas às exigências confrontadas, os constrangimentos na sua aplicação (que podem ser pessoais, ambientais ou relativos ao grau ameaçador da situação) e a probabilidade de sucesso. Este processo avaliativo tem fundamentalmente a ver com a apreciação dos recursos de *coping* de que a pessoa se pode socorrer para lidar com a transação de stresse; numa palavra, tem fundamentalmente a ver com o *controlo* que a pessoa pode ter sobre as exigências. Os recursos de *coping* compreendem a saúde e energia, crenças positivas (e.g., expectativas de autoeficácia), aptidões de resolução de problemas, aptidões sociais, apoio social e recursos materiais (Lazarus & Folkman, 1984). É em função da avaliação secundária que se define o significado *final* de um encontro de stresse. Se uma determinada exigência foi de antemão percebida como um dano, mas neste momento o indivíduo percebe que dispõe de meios para a resolver, então a sua valoração é alterada e passa a ser considerada como um desafio, por exemplo. Do mesmo modo, se inicialmente supõe estar a viver um desafio mas de imediato reconhece não dispor de todos recursos necessários para lhe dar cabal resposta, o significado da situação é reajustado para uma ameaça.

Embora a nomenclatura indique uma precedência, a avaliação primária e a avaliação secundária desenvolvem-se em sincronia, e “são altamente interrelacionadas e até fundidas” (Coyne & Lazarus, 1980, p. 153): “a pessoa percebe quase em simultâneo tanto os constrangimentos com que tem de lidar, como os recursos que possui para os enfrentar” (Ramos, 2001, p. 55). Costumamos representar este “jogo” entre as duas instâncias avaliativas recorrendo à analogia da balança, simbolizada na Figura 2. A avaliação cognitiva pode ser ilustrada pela pesagem numa balança, que num prato mede as exigências e no outro os recursos. Estas *operações mentais de pesagem* são contínuas e dinâmicas, processando-se enquanto dura a transação de stresse e traduzindo as flutuações da mesma. Quando o peso daquilo que nos é pedido ultrapassa largamente o peso do que temos para dar, estamos numa situação de dano; há uma perda, um prejuízo que não conseguimos eliminar. Quando o que nos é pedido cobre (se equipara) ou ultrapassa o que temos para dar, estamos numa situação de ameaça ou desafio, consoante antecipemos, respetivamente, um prejuízo ou um ganho. Perante o prejuízo, a tendência será enveredarmos por estratégias de *coping* protetoras; no caso do desafio, encon-

tramo-nos mais confiantes nas nossas capacidades e otimistas em relação ao bom êxito dos nossos atos de *coping*.



*Figura 1.2. Avaliação primária e secundária*  
(Ramos, 2005, p. 54)

A distinção entre dano, ameaça e desafio é dupla e de natureza temporal e emocional. A diferença entre dano, por um lado, e ameaça e desafio, por outro, é de natureza temporal: o dano representa uma perda ou prejuízo já acontecido, e portanto reporta-se ao passado, enquanto a ameaça e o desafio se projetam no futuro. Por sua vez, a diferença entre ameaça e desafio reside na tonalidade emocional – na ameaça, antecipa-se a possibilidade do falhanço, ao passo que no desafio se antevê a possibilidade do sucesso. Assim, a avaliação de ameaça acompanha-se de emoções desagradáveis como a ansiedade, o medo ou a raiva. A avaliação de desafio, porque subentende o ganho ou crescimento futuro, provoca emoções agradáveis e mobilizadoras, como a alegria, a ânsia ou a excitação (Lazarus & Folkman, 1984).

Inicialmente, Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984; Coyne & Lazarus, 1980) postulou ainda um terceiro momento avaliativo que denominou *reavaliação* e definiu como um processo de *feedback* que acompanha o desenrolar dos encontros de stress e que traduz as mudanças nos julgamentos avaliativos das pessoas. No fundo, a reavaliação é um processo indissociável da avaliação primária e secundária, na medida em que as alterações na situação stressora ou as mudanças resultantes dos esforços de *coping* dos indivíduos fazem modificar o *significado relacional* da transação com o ambiente para o bem-estar pessoal, precipitando alterações emocionais e na escolha das estratégias de *coping*. Com efeito, tanto a avaliação primária como a secundária não são estáticas. Por outro lado, a manutenção das condições adversas ou a ineficácia do *coping* pode levar os indivíduos a refazerem a sua avaliação inicial, no sentido de deformar o significado da transação em vez de a tentar alterar, com o objetivo de reduzir o mal-estar. Lazarus & Folkman (1984) designaram este processo de *reavaliação defensiva* e consideraram-no menos um processo avaliativo que uma forma de *coping* cognitivo, que mais tarde Lazarus (1993a) assumiu entender como uma forma saudável de repressão ou negação. As formulações mais recentes da perspetiva transacional do *coping* excluem a reavaliação, centrando-se unicamente na avaliação primária e secundária (Lazarus, 1999).

A avaliação cognitiva é um processo contínuo, dinâmico e instável, pois reflete as naturais variações de um diálogo com o ambiente que é significativo para a pessoa. O que a início é entendido como uma ameaça pode reverter-se num desafio, em resultado, por exemplo, de informação útil para a melhor definição das tentativas de *coping*. No entanto, se essas tentativas se revelarem infrutíferas, aquilo que era um desafio pode passar a ser sentido como um dano. “Acrescente-se que tais alternâncias podem ocorrer num curto espaço de tempo. Com efeito, a avaliação cognitiva integra constantemente as alterações percecionadas na relação com o ambiente, fruto tanto da dinâmica do mesmo como das estratégias de *coping* da pessoa” (Ramos, 2001, p. 55). Importa diferenciar o ato da avaliação cognitiva do seu *produto avaliativo*. Lazarus (1999) particulariza esta distinção com os termos *appraising* e *appraisal*, respetivamente. O ato de avaliar refere-se ao conjunto de operações cognitivas, de que a pessoa pode ou não ter consciência, ao passo que o produto da avaliação se refere ao significado atribuído à transação de stresse.

Pretzer, Beck & Newman (1989) sintetizam e destacam a importância da avaliação cognitiva nas experiências de stresse: (1) a avaliação cognitiva assume papel central no desenvolvimento das experiências de stresse, porque é baseada no mecanismo de abstração seletiva, processada através de pensamentos automáticos (involuntários e não-reflexivos), e baseada em crenças irracionais; (2) a avaliação inicial determina todo o subsequente processamento de informação; (3) a avaliação cognitiva provoca respostas emocionais e fisiológicas concomitantes; (4) a resposta comportamental é baseada na avaliação da relação riscos/recursos, bem como na possibilidade de sucesso de respostas alternativas; (5) há uma intensificação da experiência de stresse se a pessoa não consegue eliminar a ameaça ou não consegue alcançar o seu objetivo, num longo período de tempo, o que reforça as avaliações negativas (Ramos, 2001).

São estes processos avaliativos que *modalizam* o significado da transação e *coloram* as emoções que a pessoa sente na mesma (Lazarus, 1999, 2006). É, por fim, em função dessas emoções que a pessoa “decide” como lidar com a situação; como bem afirma Lazarus (1993b, p. 16), o “*coping* dá forma à emoção” (*coping shapes emotion*). “A qualidade da avaliação é crítica para o bom *coping*” (Lazarus, 1999, p. 80).

O *coping* define os esforços cognitivos e comportamentais dinâmicos para lidar com exigências específicas que forçam ou transcendem os recursos da pessoa; dito de forma “mais simples, *coping* é o esforço para lidar com o stresse psicológico” (Lazarus, 1999, p. 111). Ele representa as tentativas para resolver, tolerar, reduzir ou minimizar as exigências e conflitos externos ou internos com que se confronta a pessoa (Lazarus, 1993a; Lazarus & Folkman, 1984; Coyne & Lazarus, 1980). Lidar com o stresse não significa *dominar* (*mastery*) as exigências que o definem, até porque nem sempre isso é possível, mas sim *controlar* as características adversas ou os seus efeitos, quando esse controlo implica esforço (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* é um processo dinâmico, que apela ao que a pessoa faz ou pensa *de facto* naquela relação específica, e não ao que é da sua natureza ou hábito fazer e pensar, o que seria uma emanção de traços da personalidade. Além do mais, os esforços de *coping* estão constantemente em mudança, acompanhando o desenrolar da transação de stresse, mudança essa pouco compatível com uma instância mais estática como o sejam os traços de personali-

dade. O *coping* só pode ser entendido no contexto específico da relação de stresse, na medida em que os “pensamentos e ações de *coping* são sempre dirigidos a condições particulares” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 142). O *coping* não é uma forma de comportamento adaptativo automatizado, uma vez que o primeiro implica esforços em condições de stresse psicológico, ao passo que o segundo, sendo automático, não se caracteriza pela mobilização dos mesmos esforços.

Na língua inglesa o termo *coping* parece implicar um certo grau de êxito no confronto com a situação problemática. Tal conotação semântica faz entender que o *coping*, enquanto conceito psicológico, seja igualmente sinónimo de adaptação bem-sucedida. Ao longo do texto, porém, fomos avançando já que o *coping* pode ser eficaz ou ineficaz (retomaremos esta discussão no Capítulo 1.5). Lazarus (1999) realça a necessidade de distinguir o *coping* dos seus resultados, avisando mesmo que não existem estratégias de *coping* universalmente eficazes ou ineficazes. A eficácia do *coping* resulta de uma análise *contextual*, porque “depende do tipo de pessoa, do tipo de ameaça, da etapa do encontro de stresse, e da modalidade de resultado – isto é, bem-estar subjetivo, funcionamento social, ou saúde somática” (p. 111). Lazarus exemplifica esta questão com a negação. Embora assumida conceptualmente como uma estratégia negativa e patológica, a negação pode desempenhar um papel positivo e adaptativo designadamente nas circunstâncias em que o sujeito nada pode fazer, como o internamento hospitalar ou uma doença crónica. Alguns autores acrescentam ainda que a negação é adaptativa na etapa inicial de alguns encontros stressores, enquanto os recursos emocionais são limitados, mau grado se revele prejudicial a longo prazo (Roth & Cohen, 1986).

As pessoas lidam com o stresse procurando alterar as condições stressoras ou diminuir o mal-estar causado pelas mesmas. O *coping* assume, então, quer uma função *instrumental*, quer uma função *paliativa*, respetivamente. O modelo transaccional postula justamente estas duas funções do *coping*, designadas por *coping focado nos problemas* e *coping focado nas emoções* (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* focado nos problemas (ou instrumental) consiste na ação direta e objetiva sobre as circunstâncias e exigências ambientais, no sentido de as modificar. Esta ação sobre o ambiente não exclui, no entanto, estratégias mentais. Entre as ações do *coping* centrado nos problemas conta-se a definição do problema, a criação e seleção de alternativas e a execução das mesmas.

O *coping* focado nas emoções (ou paliativo) dirige-se à regulação das próprias emoções associadas ao encontro de stresse, e não à alteração da realidade do mesmo. Amiúde, este tipo de *coping* assume a forma da reavaliação defensiva (anteriormente descrita), porquanto os indivíduos reconstróem o significado da relação de stresse sem no entanto a alterar. O evitamento, distanciamento, busca de apoio social, comparação social e a ilação positiva da adversidade são exemplos de outras estratégias de *coping* centradas nas emoções.

As duas funções do *coping* não são mutuamente exclusivas, garantindo até maior poder adaptativo o uso combinado das duas. Na realidade, as pessoas usam ambas as formas de *coping* quando lidam com situações stressoras. Por vezes, o uso de uma *boicota* o recurso a outra, sobretudo nas situações em que seria mais adaptativo confrontar o problema e as pessoas optam por se concentrar na redução do incómodo causado pelo mesmo. Noutras situa-



ções não é possível ou desejável empreender um ato de *coping* orientado para o problema, elegendo-se então a autorregulação emocional como a abordagem mais apropriada. No fundo, a escolha da função do *coping* depende intimamente da avaliação cognitiva, em concreto da avaliação secundária: “se a pessoa considera que pode fazer algo para mudar o curso das suas transacções com o ambiente, opta por um *coping* instrumental, caso contrário, escolhe um *coping* paliativo, regulador das suas emoções” (Ramos, 2001, p. 56).

O modelo transaccional mereceu ampla aceitação na comunidade científica. Não será exagero considerar que ele se estabeleceu mesmo como o paradigma da abordagem psicológica do stress e do *coping*. Apesar de tal aceitação e centralidade teórica, ele originou igualmente (compreensível) controvérsia. Os Capítulos 1.4 a 1.7 estruturam-se a partir dos aspetos mais salientes dessa problematização teórica (reservamos a abordagem daqueles que especificamente têm que ver com o trabalho para o Capítulo 2), e o modelo proposto por Snyder, que a seguir apresentamos, elabora parte dessa polémica. Antes, porém, impõe-se-nos uma observação de natureza histórico-epistemológica relativa a esta controvérsia que considerámos acima compreensível.

É inegável que o modelo transaccional é teoricamente complexo e empiricamente exigente (como veremos no Capítulo 1.4). Este duplo facto bastaria para justificar a controvérsia que referimos. Contudo, pensamos que não se pode dispensar uma importante razão histórica e epistemológica na base de tal polémica. Equiparámos anteriormente o legado teórico de Lazarus ao de Freud e de Rogers. Freud, com a psicanálise enquanto modelo intrapsíquico da personalidade, psicopatologia e psicoterapia, desenvolvido sobretudo no fim do século XIX e primeiro quartel do século XX, viveu num tempo histórico em que não era prática cultural da ciência psicológica testar empiricamente teorias como a sua, muito por culpa da inexistência de dispositivos tecnológicos para o efeito. Por essa mesma razão, as ideias de Freud foram acomodadas menos no domínio da ciência que no da filosofia, por falharem, por exemplo, o imperativo popperiano da falsificabilidade. No tempo de Rogers, e a partir da década de 40 do século XX, começou a ser possível testar empiricamente a sua teoria relacional sobre a psicoterapia e o papel curativo da relação terapêutica, através do recurso à gravação sonora de segmentos de sessões terapêuticas e posterior análise por observadores independentes, à boa maneira do pensamento positivista que então dominava a ciência psicológica (e necessário à afirmação da psicologia e da psicoterapia enquanto ciências). Rogers vive um tempo histórico em que as práticas culturais da ciência psicológica começam a considerar o crivo empírico como condição essencial à aceitação de uma teoria; ele é, aliás, um dos pioneiros dessas mesmas práticas. Infelizmente, os resultados da investigação da teoria rogeriana (grandemente impulsionada pelo próprio) não comprovaram parte das suas ideias (concretamente, ser a relação oferecida pelo terapeuta o principal elemento curativo em qualquer relação de ajuda), o que veio a precipitar algum descrédito do modelo e do seu autor. Contudo, sabemos hoje que a avaliação da qualidade da relação terapêutica realizada pelos clientes é mais acertada e possui mais poder preditivo que a de juízes externos, pelo que é legítimo supor que se Rogers tivesse avaliado as impressões dos clientes, os resultados teriam sido outros. Não só relativamente aos seus estudos, mas também ao próprio lugar secundário para o qual a história da psicologia o acabou por remeter (Ramos, 2008b). Lazarus, por seu lado, inicia a sua pesquisa empírica na década de cinquenta do século XX e mantém a sua produção teórica até ao início do século XXI; vive, portanto, um tempo histórico em que as práticas culturais da ciência não

dispensam a verificação empírica das teorias. Além disso, este tempo histórico é o contemporâneo e pós-moderno, marcado cientificamente pela especialização e proliferação da investigação em psicologia, tecnologicamente pela facilitação do acesso e troca da informação, e socialmente pela divulgação e apropriação pública de algumas ideias científicas mais “sedutoras”. Nestas conformidades, não só o legado de Lazarus se assume inequivocamente científico (ao contrário do de Freud), como se aceitam resultados contraditórios ou menos consistentes com a sua teoria (ao contrário do que sucedeu com Rogers). Com efeito, o tempo histórico de Lazarus promoveu extensa análise empírica da sua obra, e com base em diferentes perspetivas disciplinares e agendas teóricas. No contexto de uma tal diversidade examinadora e questionadora, seria possível a inexistência de controvérsia teórica?

### *Modelo sequencial de Snyder*

Embora questione o modelo transacional e o pensamento de Lazarus, Snyder (1999, 2001) dele preserva a centralidade da avaliação cognitiva e as duas funções do *coping*, ainda que numa configuração diferente. A marca distintiva do modelo de Snyder é a sua abordagem do *coping* baseada nos fatores individuais, por oposição aos fatores situacionais subjacentes ao modelo de Lazarus.

Snyder & Dinoff (1999) não subescrevem o pensamento situacionista em que se inscreve histórica e culturalmente a obra de Lazarus e que, segundo eles, dominou o estudo do stresse e do *coping* durante três décadas. Pelo contrário, integram e promovem o movimento de revitalização da perspetiva das diferenças individuais e da importância do estudo da personalidade. Segundo eles, este é, justamente, o paradigma atual do estudo do *coping*. À luz do mesmo, as características pessoais são convocadas para os encontros de stresse e participam decisivamente na definição dos esforços de *coping* – mais do que as circunstâncias ambientais das situações stressoras. Ou seja, as características da personalidade *moderam* o stresse experimentado e os atos de *coping* das pessoas. Snyder afirma que

a abordagem das diferenças individuais apoia-se na assunção de que há dimensões importantes da personalidade [*personhood*] ao longo das quais as pessoas podem ser classificadas ou medidas, e que essa informação é crítica para entender as suas subseqüentes aventuras de *coping*. (...) Os enquadramentos teóricos de estudo da personalidade e do *coping* promovem fortemente o impacto das diferenças individuais na exposição, reatividade e disponibilidade das estratégias de *coping*, assim como a perspetiva de que elas são preditivas do bem-estar psicológico e da saúde física.” (Snyder & Dinoff, 1999, p. 13)

Quais são essas diferenças individuais que levam as pessoas a reagir de modo diferente aos encontros de stresse? Snyder & Pulvers (2001) indicam 23 características da personalidade e outros atributos não personalísticos cuja evidência empírica atesta que fazem diferenciar o *coping* entre as pessoas: (1) controlo interno; (2) inteligência emocional; (3) esperança; (4) humor; (5) mestria (*mastery*); (6) otimismo; (7) aptidões de resolução de problemas; (8) autoeficácia; (9) autoestima; (10) apoio social; (11) extroversão; (12) abertura à experiência; (13) capacidade de perdoar; (14) amabilidade; (15) conscienciosidade; (16) estatuto socioeco-

nómico; (17) rendimento; (18) educação; (19) saúde física; (20) depressão; (21) neuroticismo; (22) desesperança; e (23) hostilidade. Os primeiros dezanove fatores são positivos e promovem o *coping* adaptativo, ao passo que as características 20 a 23 são negativas contribuem para o *coping* mal-adaptativo. Assim, as pessoas com um *coping* mais eficaz e saudável serão aquelas que combinem elevados níveis de uma ou mais características positivas com baixos níveis de uma ou mais características negativas. E como se materializam estas diferenças individuais no *coping* dos indivíduos? Através da escolha preferencial por um *coping* de *confrontação* ou por um *coping* de *evitamento*: “como princípio geral, os moderadores positivos devem produzir as suas influências benéficas através de um *coping* de confrontação, enquanto os moderadores negativos devem conduzir as suas influências prejudiciais através de um *coping* de evitamento” (Snyder & Pulvers, 2001, p. 6). Snyder & Pulvers recuperam os termos e conceitos *confrontação* e *evitamento* que o modelo transacional havia tornado *démodé*, e que no passado haviam sido teorizados sobretudo por autores de orientação psicanalítica, como Horowitz (1976/2011). Antes de apresentarmos sucintamente o pensamento deste autor, importa esclarecer a nossa opção de tradução do termo *approach* (o termo *avoidance* não ofereceu problemas de tradução, uma vez que a nomenclatura psicológica em língua portuguesa incluía já o conceito de evitamento). *Approach* encerra a ideia de *aproximação intencional*, traduzível de modo mais apropriado pelo conceito de *confronto* (aliás, usado por alguns autores como tradução do próprio conceito de *coping*; e.g., Branco Vasco, 1985). Contudo, além de pretendermos depurar a carga negativa que a ideia de confronto acarreta (*oposição violenta*, de acordo com o *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*), interessava-nos também captar a dinâmica que os termos *aproximação* e *abordagem* encerram. Neste sentido, para destacar o *processo* que ele procura definir, optámos pelo termo *confrontação*, sustentando a escolha em definitivo nas terceira e quarta aceções do verbo *confrontar* apresentadas pelo Dicionário citado: “estar situado em frente; encontrar-se defronte” e para o verbo reflexo *confrontar-se*: “ver-se obrigado a lidar com uma situação indesejável por não a poder evitar; fazer frente a uma tarefa, um problema, uma dificuldade”. Tirando a dupla condição do “ver-se obrigado” e do “não a poder evitar”, este é o sentido do *coping* de *approach*, agora vertido para *confrontação*.

A intrusão e a negação são dois componentes extremos da resposta aos acontecimentos de vida stressores (Horowitz, 1976/2011). A repetição intrusiva de imagens e pensamentos relacionados com o acontecimento stressor reflete o seu grau de perturbação e a consequente dificuldade em o processar mentalmente. A negação evita que as pessoas se lembrem e pensem no acontecimento stressor, protegendo-as do sofrimento que isso causaria. À medida que o tempo passa, os períodos de intrusão e negação vão diminuindo, abrindo espaço a momentos de encontro mental e reconhecimento do acontecimento stressor, sem os quais o mesmo não seria elaborado. Assim, lidar com acontecimentos stressores implica um ciclo de avanços e recuos mentais, que vão diminuindo a aflição e o sofrimento e possibilitando a assimilação e a elaboração (Horowitz, 1976/2011; Roth & Cohen, 1986). Estes dois movimentos de negação e elaboração traduzem respetivamente o evitamento e a confrontação.

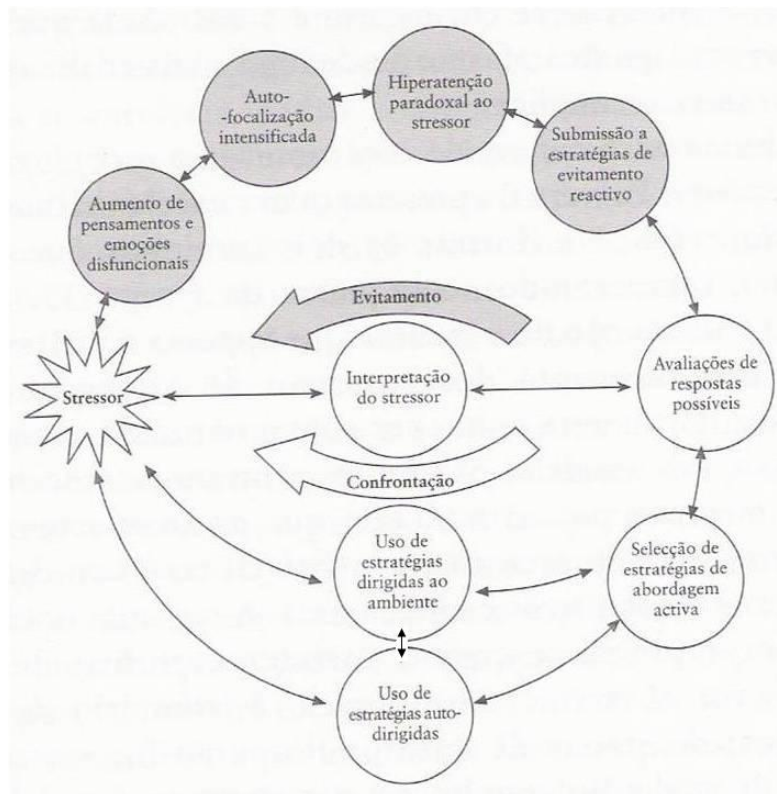
Num artigo central na história do *coping*, Roth & Cohen (1986) apresentam a confrontação e o evitamento como dois modos básicos e universais de *coping*, e definem-nos como atividade mental e cognitiva que se dirige ou que se afasta da ameaça. Eles elegem como suporte teórico o modelo de Horowitz (1976/2011) e como suporte empírico as 14 conceções

diferentes de confrontação e evitamento desenvolvidas até então (sobretudo na década de 70 do século XX), e que atestam como estas duas orientações são subjacentes às diferenças individuais estudadas relativamente ao *coping* face à ameaça e ao trauma. Entre as formulações de confrontação e evitamento sumariadas por Roth & Cohen contam-se o evitamento-vigilância, a repressão-sensibilização, o embotamento-monitorização ou a negação-intrusão.

Tanto o *coping* de confrontação como o de evitamento apresentam benefícios e custos. O *coping* de confrontação promove a ação apropriada sobre o stressor, possibilita ventilar o afeto e permite assimilar e resolver o acontecimento perturbador. No entanto, faz aumentar o mal-estar e pode originar preocupação improdutiva. Por seu lado, as estratégias de evitamento contribuem para reduzir o mal-estar e evitar que a ansiedade aumente exageradamente, permitem que a pessoa tome consciência gradualmente da ameaça, e fazem aumentar a esperança e a coragem. Contudo, interferem com a ação apropriada sobre a causa de stresse, provocam embotamento emocional, precipitam intrusões de material assustador, perturbam o comportamento e impedem o reconhecimento da relação entre o acontecimento e os sintomas (Roth & Cohen, 1986). Apesar da evidência empírica indicar que as pessoas preferem um dos dois modos de *coping*, eles não são mutuamente exclusivos e a maior parte das pessoas utilizam os dois alternadamente ou em paralelo (por exemplo, confrontando uns aspetos da situação, e evitando outros). Com efeito, não existem pessoas *confrontadoras* nem *evitantes* puras. Idealmente, as pessoas usam os dois modos de *coping*, aproveitando os benefícios e reduzindo as desvantagens de cada um, mantendo-os mobilizados de forma adaptativa, no sentido da gradual assimilação e resolução da ameaça ou do trauma (Roth & Cohen, 1986). Aparentemente, os benefícios da confrontação são mais que os do evitamento, até porque uma das vantagens do último é preparar e facilitar a primeira. No entanto, Roth & Cohen alertam que o evitamento é igualmente benéfico para a forma como lidamos com o stresse.

A função do evitamento é o critério que afasta o modelo de Snyder (2001) do de Roth & Cohen (1986). Para Snyder & Pulvers (2001), o *coping* de evitamento é por definição mal-adaptativo. Por seu turno, Roth & Cohen consideram o evitamento adaptativo sobretudo em três condições: (1) nos períodos iniciais da resposta ao stressor, quando os recursos emocionais são limitados; (2) quando a situação é incontrolável; e (3) quando a situação stressora se ajusta ao indivíduo que prefere esse modo de *coping*. Por sua vez, Snyder e Pulvers vão situar alguns dos processos inerentes àquelas três condições no âmbito das estratégias de autorregulação emocional do *coping* de confrontação. Observemos, então, o modelo de Snyder (baseamo-nos na Figura 3 e em descrição anterior; Ramos, 2005, pp. 124-134).

Assim, e retomando a exposição do modelo sequencial: os fatores moderadores positivos da personalidade manifestam-se pela opção preferencial pelo *coping* de confrontação, ao passo que a influência dos fatores negativos se expressa pela escolha do evitamento enquanto forma prioritária de lidar com o stresse da vida.



*Figura 1.3. Coping de confrontação e de evitamento*  
 (Adaptado de Snyder & Pulvers, 2001, p. 6, e de Ramos, 2005, p. 126)

O *coping* divide-se em confrontação e evitamento, consoante a atividade cognitiva e emocional se aproxima ou se afasta das situações geradoras de stresse. Apenas os processos mentais são considerados, uma vez que os comportamentos de *coping* são o resultado aberto e testemunhável desses processos internos, tanto cognitivos como emocionais. O *coping* de confrontação define a orientação para o stressor e o emprego de estratégias que ajudam a lidar aberta e diretamente com ele, na procura ativa da sua resolução. A opção por este tipo de *coping* traduz a vontade de acomodação e adesão à realidade, o que implica enfrentar a ameaça. Por seu lado, o *coping* de evitamento define o afastamento em relação ao stressor, através de estratégias de negação e de fuga, e tem por objetivo impedir a abordagem aberta e direta ao mesmo. O evitamento é motivado pela necessidade de proteção em relação ao stressor, e caracteriza-se pelo afastamento em relação à ameaça que ele encerra e à ansiedade que provoca. Escolher evitar significa afastar desde logo a ansiedade que a relação com o stressor implica. A Figura 3 esquematiza as duas orientações do *coping*. As setas entre os componentes do modelo são sempre bidirecionadas porque cada processo reforça o anterior e suscita o posterior; no fim, todos eles se validam mútua e sequencialmente.

Ambas as opções de *coping* dependem de dois momentos avaliativos iniciais que são, precisamente, a avaliação primária e a avaliação secundária teorizadas por Lazarus. Tratam-se, portanto, de processos avaliativos não acessíveis à consciência, no sentido em que são automáticos, rápidos e difíceis de relatar verbalmente. A primeira etapa do processo de *coping* consiste na *interpretação do stressor*. Se consideram que a ameaça é excessiva e os *esmaga*

por completo, então ficam imediatamente inclinados a usar um *coping* de evitamento. Se acham que a ameaça é séria, mas não aterradora, tendem a utilizar o *coping* de confrontação.

A opção pelo *coping* de confrontação implica que o stressor não é julgado como exageradamente ameaçador. Não são as características do stressor que determinam esta avaliação inicial, mas sim os fatores atribuíveis às diferenças individuais acima mencionados. A preferência pelo *coping* de confrontação leva as pessoas a interpretarem o stressor como menos adverso e ameaçador do que na realidade ele possa ser. Ou seja, as pessoas “confrontadoras” interpretam os stressores minimizando as ameaças que eles encerram. Snyder & Pulvers (2001) vêem neste processo uma negação inicial, ligeira e saudável, do potencial ameaçador do stressor. Esta negação desempenha uma importante função adaptativa, na medida em que impede que o stressor se agigante, *abre espaço* para que as pessoas se sintam capazes de o enfrentar, e aumenta a probabilidade de o conseguirem controlar. Uma vez avaliada de modo suavizado a natureza e dimensão do stressor, a pessoa concentra-se no que pode fazer para enfrentar a situação. O processo de *avaliações de repostas possíveis* representa a avaliação secundária de Lazarus. É nesta etapa que as pessoas avaliam os recursos de que dispõem para enfrentar o stressor. Então, acham-se capazes de o enfrentar e começam a antecipar mentalmente (a visualizar) o uso dos recursos e estratégias de *coping* escolhidos. A etapa de avaliações de resposta possíveis reforça, por sua vez, a leitura anterior, que interpretou o stressor como maleável, isto é, controlável. Naturalmente, esta confirmação reforça a confiança da pessoa para se abalançar no confronto com o stressor.

A etapa seguinte consiste na *seleção de estratégias de abordagem ativa*. As pessoas escolhem, então, dois tipos de estratégias para defrontar o stressor: estratégias dirigidas ao ambiente e estratégias autodirigidas. Estes dois tipos de estratégias correspondem, justamente, ao *coping* focado nos problemas e ao *coping* focado nas emoções postulados por Lazarus & Folkman (1984). Se podemos considerar que as estratégias dirigidas ao ambiente refletem *ipsis verbis* as estratégias instrumentais do *coping* focado nos problemas, já o significado concetual das estratégias autodirigidas se revela diferente daquele inerente ao *coping* focado nas emoções tal como Lazarus & Folkman o enunciam. Com efeito, para estes autores uma das estratégias de *coping* dirigidas às emoções é o evitamento, empregue sobretudo em função da avaliação secundária de inexistência de controlo sobre as circunstâncias ambientais. Ora, para Snyder & Pulvers (2001), o evitamento não é uma forma de *coping* centrada nas emoções. Com efeito, eles distinguem o evitamento da autorregulação emocional, porquanto lidar com as emoções é uma medida para enfrentar os stressores, já que apoia e complementa as ações explicitamente a eles dirigidas: “o *coping* focado nas emoções pode ser visto como utilização de *coping* de resolução de problemas para lidar com as emoções que se tornaram stressoras” (Snyder e Pulvers, 2001, p. 15). As estratégias autodirigidas favorecem a abordagem aos stressores porque facilitam a habituação aos mesmos, proporcionam informação operacional às pessoas (reconhecimento, exploração e compreensão das emoções que vão sentindo), geram novas avaliações cognitivas (reavaliações, na terminologia de Lazarus), e ajudam a melhor dirigir a ação e a regular o ambiente social (Stanton, 2011; Stanton & Franz, 1999). Ao contrário do que sucede com o evitamento, a concentração nas emoções é produtiva porque ajuda as pessoas a lidar melhor com o stressor.

Apesar de diferentes no alvo da sua ação e nos processos que as concretizam, as estratégias instrumentais e as estratégias paliativas enquadram-se no *coping* de confrontação e partilham o mesmo sentido, dirigido ao stressor. Habitualmente, as estratégias dirigidas ao problema são as preferidas quando as pessoas julgam poder fazer algo para o resolver, ao passo que as estratégias de evitamento são as eleitas quando elas julgam não ter controlo sobre o stressor. Na realidade, as pessoas alternam o uso de umas com o uso de outras, consoante a evolução dos resultados do seu *coping*. Com efeito, em muitas situações não é possível ou desejável desenvolver estratégias orientadas para o problema. As estratégias centradas nas emoções revelam-se, então, mais viáveis, pois permitem a regulação emocional enquanto as pessoas preparam, ou esperam por executar, estratégias instrumentais. Umas e outras, no entanto, traduzem uma atitude ativa das pessoas sobre as suas situações de stresse. Snyder e Pulvers (2001) situam a essência do *coping* de confrontação na aproximação psicológica e na ação dos indivíduos sobre as circunstâncias perturbadoras.

Ao procurar modificar o stressor e tentar regular as emoções que ele provoca, as pessoas que enfrentam os seus encontros de stresse acabam por reduzir o poder nefasto do primeiro. Dessa forma, o stressor entretanto enfraquecido pela ação individual é reinterpretado como menos assustador, bem como as respostas disponíveis resultam revistas em maior número ou mais eficazes. Esta sequência inversa continua e acaba por reforçar as leituras iniciais do stressor a partir do bom êxito do *coping*. Assim, o indivíduo envolveu-se num ciclo virtuoso *stressor avaliado positivamente – uso de estratégias ativas*, o qual demonstra como o *coping*, ele mesmo, participa na definição das emoções humanas. Na realidade, as emoções não são apenas determinadas pelas avaliações cognitivas mas também pelos resultados do *coping*. Ou seja, a forma como negociamos a nossa adaptação psicológica às circunstâncias de stresse da vida desempenha um papel moderador nas emoções e revela-se um aspeto central dos processos emocionais e da vida emocional, tal como o havia já defendido Lazarus (1993b, 1999, 2006; Folkman & Lazarus, 1988).

O *coping* de evitamento segue uma via diametralmente oposta. O evitamento começa a ser desenhado logo no momento da *interpretação do stressor*, que é visto como muito ameaçador e até insuportável. Esta primeira avaliação inquina a subsequente *avaliação de respostas possíveis*, e a pessoa sente-se incapaz de mobilizar qualquer recurso ou estratégia ativa para fazer frente ao problema. Conclui não existirem possibilidade de resposta no seu repertório comportamental, quedando-se sem alternativas, provavelmente aflita, desorientada e desesperada. Acaba, assim, por *sucumbir a estratégias de evitamento reativo*. Mais uma vez, os julgamentos iniciais são confirmados por esta submissão à inação do evitamento, o que reforça o poder intimidador do stressor.

Ato contínuo, a pessoa esforça-se por não pensar no stressor. Ora, o esforço de supressão de pensamentos resulta sempre numa hipervigilância aos mesmos, já que quanto mais se tenta não pensar numa coisa, mais se pensa nela. E assim, o paradoxo instala-se: à custa de não querer pensar no problema, de o querer afastar da sua mente, a pessoa acaba por se fixar nele ainda mais (*hiperatenção paradoxal ao stressor*). Tal evitamento cognitivo não só prejudica a autorregulação emocional como piora a situação, ao *intensificar a autofocalização*. Nesta etapa do processo de evitamento, as pessoas concentram-se exageradamente em si mesmas, fixa-se nas suas emoções desagradáveis e pensando de modo ruminante na sua inca-

pacidade em lidar com o problema, e concomitantemente em como são inseguras, ou incompetentes, ou imperfeitas (Snyder & Pulvers, 2001). Esta autofocalização é automática e não intencional, ao contrário do que se passa no *coping* paliativo da confrontação. Aí, as pessoas tentam usar as emoções em benefício da sua ação, ao passo que no evitamento elas são controladas pelas emoções. A autofocalização intensificada reforça por *feedback* a hipervigilância ao stressor, que por sua vez reforça a submissão às estratégias reativas de evitamento, que por sua vez reforça e confirma a impressão inicial de se ser incapaz de encarar e resolver o problema gerador de stresse. No sentido contrário, os pensamentos catastróficos autorreferenciados precipitam e intensificam novos pensamentos e emoções disfuncionais que, por sua vez, originam comportamentos mal-adaptativos. “A pessoa não só não consegue evitar pensar acerca do stressor e de si mesma, como também é inundada com pensamentos negativos e disfuncionais acerca do seu Eu” (Snyder e Pulvers, 2001, p. 13). Este *aumento de pensamentos e emoções disfuncionais* amplifica o carácter assustador do stressor. Subsequentemente, ele é avaliado como ainda mais aterrador e a pessoa vê-se como ainda mais incapaz e indefesa, o que a mergulha num ciclo vicioso de *interpretações negativas – hipervigilância – autorreferência – disfunção mal-adaptativa*. Aproveitando uma sugestiva metáfora de Snyder & Pulvers, a pessoa parece uma criança às voltas num carrossel, tonta e enjoada, cada vez mais tonta e enjoada, e incapaz de saltar fora. Retomando a participação do *coping* na vida emocional das pessoas, é fácil concluir pela potência psicopatogénica desta forma de lidar com o stresse.

De acordo com o modelo sequencial, a confrontação favorece as ações apropriadas para gerir as trocas de stresse, porquanto as pessoas pensam no stressor e pensam no que podem fazer para o controlar. Por outro lado, promove ainda a possibilidade de melhor perceber e aproveitar as oportunidades para controlar a situação, uma vez que as pessoas estão atentas e ativamente empenhadas nisso mesmo. Possibilita também uma boa expressão afetiva, já que as emoções são ventiladas através do *coping* ativo. É natural que o *coping* de confrontação concorra para aumentar a tensão, a angústia e a preocupação, uma vez que pressupõe um estado de alerta mental. Por outro lado, o mal-estar subjacente a ter de enfrentar uma situação temida e desagradável desaparece assim que se opta por um *coping* de evitamento. Contudo, a médio e longo prazo, esse alívio inicial e momentâneo acaba por se revelar oneroso, já que, como anteriormente referimos, o evitamento não só perturba e boicota comportamentos adaptativos, como concorre para o entorpecimento emocional, a intrusão de material psíquico assustador e temido e a falta de consciência relativa à ligação entre os sintomas e as suas causas (Roth & Cohen, 1986), eclodindo não raras vezes na conversão psicossomática. A maior prevalência das estratégias de confrontação tem sido associada à redução da depressão, da tensão psicológica e da angústia, e à menor incidência futura de problemas relacionados com o desempenho de papéis sociais, enquanto o estilo de evitamento se relaciona com o aumento da tensão psicológica e a amplificação de problemas futuros (Holahan & Moos, 1994). O *coping* de confrontação e o de evitamento possuem um substrato biológico distinto, na medida em que a articulação entre os dois eixos neuroendócrinos da resposta de stresse depende das emoções associadas à interpretação das exigências ambientais. O *coping* de confrontação, porque implica esforço ativo de controlo, associa-se mais à ativação simpático-supra-renal e a uma maior produção de adrenalina e noradrenalina. O *coping* de evitamento acarreta angústia, passividade e desamparo, e associa-se mais à ativação hipotalâmico-hipófiso-supra-renal, com consequente produção preponderante de cortisol (Frankenhaeuser,



1986). Ora, o padrão endócrino típico do doente deprimido caracteriza-se pela maior produção de cortisol, em concreto de glicocorticoides (Sapolsky, 2004), o que deixa entender que o *coping* de evitamento é potencialmente depressogénico do ponto de vista biológico. A diferenciação neuroendócrina da resposta de stresse em função do estilo de *coping*, a evidência empírica correlacional e o argumentário teórico permitem concluir que o *coping* de confrontação é mais adaptativo que o de evitamento. Em decorrência, o *bom coping* é o que leva as pessoas a aproximar-se e abordar os stressores, enquanto o *mau coping* é aquele que lhes possibilita escapar e fugir aos problemas de modo persistente.

Consideramos o modelo transaccional de Lazarus e o modelo sequencial de Snyder as referências matriciais da teoria do *coping*. Dito de outra forma: a psicologia do *coping* é o estudo das transações danosas, ameaçadoras ou desafiantes entre a pessoa e o ambiente, e das sequências de esforços cognitivos, emocionais e comportamentais em que as pessoas se envolvem para não sofrer, diminuir a sobrecarga ambiental e assimilar essas experiências no seu devir desenvolvimental.

Seis outros modelos teóricos gerais do *coping* nos merecem referência, a saber: (1) modelo dos modos de *coping* de Khroné (1986, 1996, 2002); (2) modelo do duplo eixo de Hobfoll (1989; Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath & Monnier, 1994); (3) modelo social-contextual de Berg (Berg, Meegan & Deviney, 1998); (4) modelo desenvolvimental de Compas (Compas et al., 2001; Compas, Jaser, Dunn & Rodriguez, 2012); (5) modelo multidimensional interativo de Endler e Parker (1990; Parker & Endler, 1996); e (6) modelo recurso-congruência de Wong (Wong, Reker & Peacock, 2006). O modelo de Krohne retoma uma das iniciais dicotomizações do *coping* entretanto abandonadas (monitorização/embotamento), acrescentando-lhe uma segunda dimensão cognitiva-motivacional, e definindo dois tipos de *coping*: vigilante e evitante cognitivo. Os modelos de Hobfoll e de Berg destacam a dimensão social do *coping* (integrando orientações prossociais ou antissociais, o primeiro, e dimensões relacionais e colaborativas, o segundo). O modelo de Compas apresenta uma perspectiva desenvolvimental do *coping* na infância e adolescência. Os modelos de Endler & Parker e de Wong destacam a dimensão cultural do *coping*, em concreto as prescrições da cultura sobre a forma como os indivíduos manejam a adversidade. Dispensamo-nos de explicar detalhadamente estes modelos porquanto todos eles pressupõem ou as noções de transação, ou a classificação do *coping* em confrontação/evitamento ou em focado nos problemas/focado nas emoções, mesmo que utilizando outras denominações (e.g., *coping* de controlo primário e *coping* de controlo secundário; Compas et al., 2001). O mesmo se pode afirmar relativamente aos modelos do *coping* proactivo, que traduzem uma perspectiva fraturante com a conceção reativa do *coping* predominante, e que serão abordados no Capítulo 1.3. Por fim, acrescentamos o modelo holístico do stresse (Nelson & Simmons, 2011; Cf. Subcapítulo 2.2.1), que diferencia o *savoring* do *coping*. Este último baseia-se também no modelo transaccional de Lazarus e subentende apenas o *coping* de confrontação, na medida em que se debruça unicamente sobre as respostas positivas dos indivíduos face ao stresse. Sendo verdade que estes modelos questionam, expandem e complementam os de Lazarus e de Snyder, é também verdade que deles são tributários, mesmo que parcelarmente, e que não os revogam em termos ontológicos. Portanto, repetimos: as referências matriciais da teoria do *coping* são os modelos transaccional e sequencial.

## 1.2. *Coping*: o que fazemos ou o que somos?

Uma das discussões mais interessantes, longas, epistemológica e historicamente marcadas, prende-se com a natureza do *coping*: é ele determinado pelas circunstâncias das situações, ou pelas características da personalidade? Uma inspeção aturada da literatura permite a resposta imediata: por ambas, ou mais precisamente pelo confronto entre ambas, ainda que com preponderância da personalidade, mas não dependendo apenas das duas. Do lado da determinação situacional do *coping* situam-se autores como Lazarus & Folkman (1984) e Aldwin & Revenson (1987), que o descrevem como um processo dinâmico orquestrado pelas características das situações stressoras. Ou seja, o *coping* é o que a pessoa *faz*. Do lado da determinação personalística do *coping* situam-se autores como Bolger (1990) ou McCrae (1984; Costa, Somerfield & McCrae, 1996), que defendem que os traços de personalidade determinam os comportamentos de *coping*. Ou seja, o *coping* é o que a pessoa *é*.

Num período histórico marcado por uma certa recusa epistemológica da tradição das diferenças individuais e da importância dos traços de personalidade na determinação do comportamento (i.é., década de 1970; Costa et al., 1996), Lazarus & Folkman (1984) propõem uma conceção do *coping* liberta dos ditames da personalidade. O *coping* é entendido como sendo determinado pela situação, e não pelos atributos individuais. O argumento de Lazarus & Folkman não é apenas teórico, mas também empírico. Por um lado, foi justamente a constatação empírica de que o *coping* de repressão ou sensibilidade não predizia a recuperação pós-cirurgia que fez Lazarus, em 1973, distanciar-se da premissa de que o *coping* depende das disposições da personalidade (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Por outro lado, na década de 1980, havia já abundante evidência, transversal a vários estudos, da reduzida consistência do *coping*, que foi assumido por Lazarus como prova de que o mesmo não poderia ser atribuído a variáveis pessoais. O *coping* é, assim, determinado pelas exigências ambientais, concorrendo para que aquilo que as pessoas fazem e pensam mude em função de alterações nas exigências e conflitos com que elas tentam lidar, sejam essas alterações resultado do próprio *coping* ou de fatores ambientais, e não uma emanescência estrutural dos traços de personalidade: o “*coping* muda ao longo do tempo de acordo com os contextos situacionais em que ocorre” (Lazarus, 1993a, p. 235). Neste sentido, o *coping* é uma resposta situacional e variável, uma vez que diferentes situações de stresse requerem diferentes abordagens de *coping*. É justamente por ser um processo dinâmico, que muda ao longo do tempo, que se observa na investigação empírica uma mesma medida de *coping* a revelar diferentes estruturas fatoriais, em função de diferentes amostras e contextos (Aldwin & Revenson, 1987). Concluindo, se o *coping* muda é porque é um processo (Folkman & Lazarus, 1985). O debate teórico em torno da posição do grupo de Lazarus (por ex., encetada por Krohne, 1996) e a robustez das evidências empíricas vieram a fazer com que Lazarus reconhecesse a participação da personalidade na determinação do *coping*, juntamente com as características das situações stressoras (Lazarus, 1999).

O argumento oposto entende o *coping* como uma manifestação da personalidade. As respostas de *coping* dependem de características individuais, as quais permitem *medir* e diferenciar as pessoas. Duas das clássicas tipologias do *coping* que decorriam teoricamente desta posição dividiam os indivíduos nas dicotomias evitante/vigilante ou repressor/sensitivo, por

exemplo (Roth & Cohen, 1986). Ainda que de alguma forma abandonadas pela literatura, estas dicotomias refletem-se ainda atualmente na teoria dos modos de *coping* de Krohne (1986, 1996, 2002; Khronne et al., 2000), que distingue o *coping* de vigilância e o *coping* de evitamento. Também clássicas são as características relacionadas com o padrão comportamental Tipo A (Friedman & Rosenman, 1959), a personalidade resiliente (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982) e o sentido interno de coerência (Antonovsky, 1979, 1988), propostos como características da personalidade que vulnerabilizam (a primeira) ou protegem as pessoas (as segundas) dos efeitos negativos do stresse. O primeiro constructo é oriundo da medicina comportamental, enquanto os segundos foram propostas adentro da sociologia da saúde; no domínio da psicologia, os clássicos atributos da personalidade associados ao *coping* são o *locus* de controlo (Rotter, 1966), a autoestima (Rosenberg, 1965 citado por Turner & Roszell, 1994) e a autoeficácia (Bandura, 1977). De acordo com esta perspetiva, as pessoas não enfrentam as situações de stresse *em branco*, como se de uma *tabula rasa* se tratassem, mas recorrendo a um conjunto preferencial de estratégias de *coping* que trazem consigo e que permanece estável ao longo do tempo (Carver et al., 1989). Ainda que a literatura tenha oferecido evidências empíricas suportando a relação entre as anteriores características pessoais e o *coping*, o argumento principal a favor da determinação personalística do *coping* provém da investigação sobre a influência no mesmo dos cinco fatores da personalidade.

A investigação empírica tem demonstrado de modo seguro a consistência das respostas de *coping* e a relação destas com os cinco fatores da personalidade (Carver & Connor-Smith, 2010). Já nos anos 80 do século passado a literatura dava conta de uma relação sistemática e transversal a diferentes situações de stresse entre as dimensões do neuroticismo, extroversão e abertura à experiência e os mecanismos de *coping*, tanto auto como heterorreportados. A importância das dimensões da personalidade era ainda reforçada pela redução do efeito do *coping* sobre o bem-estar quando se descontava a contribuição das medidas relativas à personalidade (McCrae & Costa, 1986). Costa et al. (1996) relatam estudos demonstrando que o neuroticismo se associa ao menor uso de *coping* focado nos problemas e de busca de apoio social e ao maior recurso aos pensamentos de fantasia escapista (i.é., *wishful thinking*) e ao evitamento, enquanto a extroversão se associa a um *coping* mais ativo, social e otimista. Bolger (1990) sugere mesmo o *coping* como um processo da personalidade, ao constatar que o neuroticismo fazia escolher estratégias de *coping* ineficazes, as quais por sua vez faziam aumentar a ansiedade. Por isso, Bolger declarou que “o *coping* é a personalidade em ação sob stresse” (p. 525), uma posição reforçada por outros autores que afirmavam que “as nossas disposições reais são melhor reveladas sob stresse” (Caspi & Moffit, 1993, citados por Costa et al., 1996, p. 50).

No entanto, “embora a personalidade e o *coping* estejam relacionados, o *coping* não é a simples manifestação direta da personalidade sob condições adversas” (Carver & Connor-Smith, 2010, p. 686), uma vez que as relações entre os dois constructos são modestas, o *coping* é menos estável que a personalidade, e é melhor preditor do ajustamento que aquela (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Com efeito, a personalidade pode influenciar não só o *coping*, como também a exposição aos stressores, a avaliação cognitiva, a reatividade fisiológica e a suscetibilidade às doenças relacionadas com o stresse (Grant & Langan-Fox, 2006). Em todo o caso, centenas de estudos (Carver & Connor-Smith, 2010) indiciam que o *coping* é parcialmente determinado pelos traços de personalidade. Como dissemos, as relações entre

*coping* e personalidade são modestas, variado entre valores de  $r$  de .01 e de .41 (Connor-Smith & Flachsbart, 2007), mas Carver & Connor-Smith (p. 689) diminuem esse facto: “isto não significa que o impacto da personalidade no *coping* não seja importante. Uma reduzida influência, multiplicada por milhares de stressores experienciados ao longo de uma vida, pode resultar num grande impacto ao longo do tempo”. Com base na revisão de Carver & Connor-Smith, referimos as associações entre traços de personalidade e estratégias de *coping* reveladas pela literatura:

- A extroversão relaciona-se positivamente com a resolução de problemas, o uso de apoio social e a reestruturação cognitiva, e não se associa com qualquer estratégia de evitamento.
- O neuroticismo relaciona-se positivamente com a busca de apoio social de natureza emocional e com a distração, e negativamente com a resolução de problemas, a reestruturação cognitiva e a aceitação. O neuroticismo relaciona-se ainda com todas as estratégias de desligamento, especialmente com o evitamento (*withdrawal*) e a fantasia escapista (*wishful thinking*). Relaciona-se também com a expressão de emoções.
- A conscienciosidade relaciona-se positivamente com a resolução de problemas e a reestruturação cognitiva, e negativamente com a expressão de emoções. O evitamento geral, a negação e o uso de substâncias estão menos relacionados com a conscienciosidade.
- A amabilidade encontra-se positivamente associada à procura de apoio social e à reestruturação cognitiva, e negativamente associada à expressão de emoções. Relaciona-se com menor recurso ao evitamento geral, à negação e ao uso de substâncias.
- A abertura à experiência regista uma relação positiva com a resolução de problemas e a reestruturação cognitiva.

De uma forma geral, o *coping* de confrontação parece depender mais dos traços de personalidade que o *coping* de evitamento. Os traços de personalidade que mais se associam ao *coping* de confrontação são a extroversão, a conscienciosidade e a abertura à experiência. Os comportamentos de *coping* de confrontação que mais dependem da personalidade são a reestruturação cognitiva e a resolução de problemas, e os menos relacionados são a regulação emocional e a aceitação. Os comportamentos de *coping* de evitamento mais ligados à personalidade são a negação e o uso de substâncias (Carver & Connor-Smith, 2010). Este quadro veio a ser reforçado por investigação posterior, quer relativa a um traço de personalidade único, quer à combinação dos cinco traços. Por exemplo, para o primeiro caso, a conscienciosidade desempenha um papel de proteção dos efeitos negativos do stress ao influenciar a seleção das estratégias de *coping* (Bartley & Roesch, 2011). Ilustrando o segundo caso: Grant & Langan-Fox (2006) estudaram os efeitos interativos dos cinco fatores da personalidade e constataram que a combinação de baixo neuroticismo, elevada extroversão e elevada conscienciosidade se associa a uma menor exposição aos stressores, melhor saúde física e menor insatisfação profissional, enquanto a combinação de elevado neuroticismo e baixa conscienciosidade está relacionada com mais elevada exposição aos stressores, *coping* disfuncional e menos *coping* focado nos problemas, menor saúde física e maior insatisfação profissional.

A literatura empírica sobre a influência da personalidade no *coping* não se resume à análise dos cinco traços de personalidade avançados pelo modelo de McCrae & Costa (1986, 2008; Lima, 1997), alargando-se quer aos clássicos constructos personalísticos que referimos acima, quer a variáveis mais recentemente estudadas, como o otimismo. Leandro & Castillo (2010) verificaram que o *coping* focado na tarefa é mais usado por pessoas com baixa externalidade do controlo, elevada autoestima e baixa depressão e ansiedade, ao passo que o *coping* focado nas emoções é mais usado por quem possui elevado *locus* externo de controlo, baixa autoestima e elevados valores de depressão. Ebstrup, Eplöv, Pisinger & Jørgensen (2011) constataram que a extroversão, a conscienciosidade, a amabilidade e a abertura à experiência contribuíam para uma menor perceção de stresse, enquanto o neuroticismo se associava positivamente com o stresse percecionado. Além disso, verificaram que a autoeficácia geral media o impacto de todos os cinco fatores da personalidade no stresse percecionado, fortalecendo a associação da amabilidade e da abertura à experiência e revelando na extroversão e na conscienciosidade o efeito mediador mais forte. Nes & Segerstrom (2006) verificaram que o otimismo se associa positivamente com o *coping* de confrontação e negativamente com o *coping* de evitamento, o que comprova que esta característica de personalidade prediz esforços ativos de mudança ou acomodação nos encontros de stresse (Carver & Connor-Smith, 2010).

Atualmente, as evidências empíricas parecem levar-nos a concluir que o *coping* é mais o que somos do que o que fazemos. No entanto, esta conclusão parece não ser universal, já que as mesmas evidências empíricas mostram que a relação do *coping* com a personalidade não é consistente, pelo menos em todos os domínios de vida. Com efeito, Maas & Spinath (2012) constataram que o *coping* é relativamente independente da personalidade no contexto do trabalho (retomaremos este argumento no Capítulo 2). Assim, parece que a discussão sobre a determinação do *coping* nos faz regressar à questão inicial: é o *coping* determinado pela personalidade ou pelas circunstâncias da situação de stresse?

As duas posições não são mutuamente exclusivas, e podem – a nosso ver, devem – ser integradas. Com efeito, na realidade o *coping* será o resultado do encontro entre características pessoais (como os traços de personalidade) e constrangimentos ambientais (por ex., o grau em que uma exigência é controlável). A Figura 1.4 representa graficamente esta posição, e sintetiza a discussão teórica em questão, destacando os conceitos habitualmente usados na literatura em torno da determinação do *coping*: falamos em estilos de *coping* para nos referir à maneira preferencial como as pessoas lidam com os problemas (mais relacionados com traços de personalidade), e falamos de comportamentos de *coping* para nos referir ao que elas na prática fazem, mais em função das circunstâncias situacionais (relacionado com o estado da pessoa).

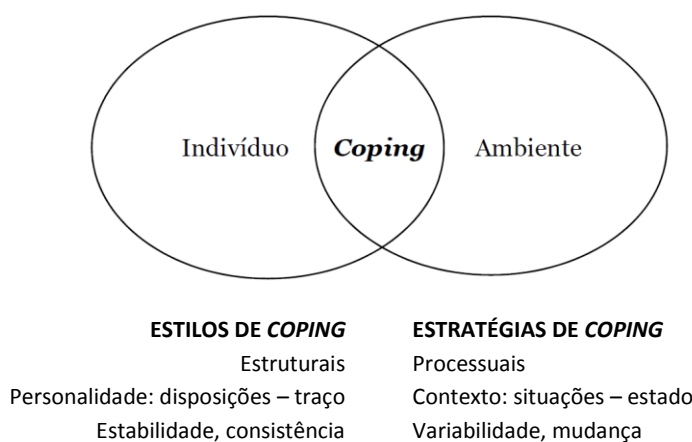


Figura 1.4. Estilos de coping versus Estratégias de coping

Pensar em estratégias de *coping* remete-nos para a contribuição dos aspetos ambientais com que as pessoas têm de lidar, tanto na sua dimensão de constrangimento, como de oportunidade. Assim, a escolha dos atos de *coping* depende sobretudo do grau perturbador (perda, dano ou ameaça) da situação, e as limitações e recursos que ela possa oferecer às pessoas. O *coping* resulta dinâmico, mudando de contexto para contexto, e apresentando grande variabilidade. Trata-se de um processo.

Pensar nos estilos de *coping* remete-nos para a determinação do *coping* pela personalidade. Nesta perspetiva, são os atributos personalísticos que comandam os esforços de *coping*, de modo relativamente independente das circunstâncias stressoras com que a pessoa tem de lidar. Nesta perspetiva, o *coping* apresenta estabilidade e consistência ao longo de diferentes tipos de situações de stresse, e é uma variável estrutural. A expressão *mecanismos de coping* é uma das mais usadas formas de designar os atos de *coping*, e remete semanticamente para esta dimensão estrutural, porquanto seja um mecanismo a expressão de uma estrutura.

Ao nível das características pessoais, nem só aquelas da personalidade contam na determinação do *coping*. Lazarus (1999; Lazarus & Folkman, 1984) identifica vários outros recursos pessoais: objetivos, crenças, saúde e energia, atratividade física, inteligência, educação, aptidões sociais, aptidões de resolução de problemas (e inclui ainda o dinheiro e o apoio de familiares e amigos, que nós isolamos numa categoria aparte). O género e a idade são outras das características pessoais classicamente associadas ao *coping*. Habitualmente, os homens são associados a estratégias de *coping* direcionadas para os problemas, enquanto as mulheres são mais identificadas com estratégias de *coping* focado nas emoções. Helgeson (2011) considera esta síntese muito simplista e adianta que apenas algumas estratégias de *coping* revelam diferenças associadas ao género. De uma meta-análise anterior realizada pela autora, podemos extrair três importantes constatações empíricas: (1) as mulheres usam mais estratégias de *coping* que os homens (em parte porque são mais sensíveis ao stresse); (2) as mulheres usam mais o diálogo interno positivo, a procura de apoio social e a ruminação; e (3) em termos de estratégias relativas (isto é, preferencialmente usadas por comparação com outras opções de *coping*), os homens usam mais estratégias de *coping* ativo e de distração, ao

passo que as mulheres usam mais a busca de apoio social. No que respeita à relação da idade com o *coping*, a investigação empírica de natureza quantitativa revela resultados díspares. Aldwin (2011) sintetiza os dados da literatura quantitativa e qualitativa para clarificar a contribuição da idade no *coping* de pessoas adultas, e conclui existirem diferenças subtis amiúde não captadas pelos questionários. Assim, à medida que a idade aumenta as pessoas tendem a usar estratégias de *coping* mais diferenciadas, a regular melhor as suas emoções, a aprender estratégias de *coping* colaborativo, a abdicar de objetivos inalcançáveis, e a minimizar o grau stressor das situações.

Mas o *coping* não depende apenas da situação ou da personalidade e de outros atributos pessoais. Ele é também influenciado pelos recursos de que a pessoa possa dispor para enfrentar as adversidades impostas pela vida. Um dos mais importantes, e mais estudados pela literatura, é o apoio social. Recusando concepções de apoio social estruturalistas, funcionalistas, e de acerto entre fornecedores e recetores do apoio, não suportadas empiricamente, Sarason, Pierce & Sarason (1994) adotam a clássica definição de Cobb (1976), que entende o apoio social como informação que leva as pessoas a acreditar que são cuidadas e amadas, valorizadas e estimadas, e que podem contar com os outros em caso de necessidade, e propõem uma concepção interacional-cognitiva do suporte social, que o entende no contexto das relações sociais. Enquanto crença, o apoio social melhora a autoeficácia, a percepção realista da ameaça e o repertório de *coping* (Sarason et al, 1994). É por isso que ele é referido pela literatura como o principal processo atenuador dos efeitos nocivos do stress (Cohen & Pressman, 2004). Com efeito, uma pessoa pode julgar dispor de um bom apoio social e escolher não recorrer a ele para lidar com os encontros de stresses que enfrenta. Outro, menos estudado, mas igualmente importante, refere-se aos recursos materiais. Billings e Moos (1981) verificaram que pessoas com mais educação e rendimento usam estratégias de *coping* mais eficazes, sugerindo eles que o *coping* pode intervir na relação inversa entre o estatuto socioeconómico e a psicopatologia.

No fundo, as características individuais, tanto relativas à personalidade como a recursos de outra natureza, informam da vulnerabilidade ou resiliência das pessoas às adversidades da vida, materializada na forma como as manejam. O conceito de vulnerabilidade ao stress proposto por Vaz Serra (2000, 2011) é um bom exemplo da conjugação de ambos os tipos de fatores. Trata-se de um conceito *guarda-chuva*, que engloba características positivas e negativas da personalidade, prática regular de exercício físico, disponibilidade de confidentes, apoio social e familiar, e condições de vida adversa. Vaz Serra (2000) operacionalizou o conceito num instrumento psicométrico constituído por sete dimensões estatísticas: perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições adversas de vida; dramatização da existência; subjugação; e privação de afeto e rejeição. Os estudos de desenvolvimento do questionário permitiram ao autor identificar o perfil de pessoas mais vulneráveis ao stress: reduzida capacidade autoafirmativa; baixa tolerância à frustração; dificuldade em confrontar e resolver problemas; preocupação excessiva com os problemas cotidianos; e marcada emotividade (Vaz Serra, 2000, 2011). Trata-se de uma boa ilustração de como as características pessoais influenciam o *coping* (no caso, o reduzido uso do *coping* de confrontação) e, por essa via, fortalecem ou vulnerabilizam a saúde e bem-estar das pessoas.

Concluindo, o *coping* é o que somos e o que fazemos. Ele é orquestrado pelas disposições da personalidade e por outras características individuais, pelas circunstâncias contextuais do encontro de stresse e pela disponibilidade de recursos sociais e materiais. Todos estes fatores determinantes se conjugam e concretizam no processo de avaliação cognitiva, que embora possa estar dependente da personalidade (por ex., o otimismo influenciará quer a avaliação primária, quer a avaliação secundária), entra em linha de conta com as exigências impostas pela situação de stresse e os recursos (pessoais, sociais, materiais) disponíveis. Tendo em conta os modelos teóricos do *coping* eleitos no capítulo anterior, concluímos pela confirmação dos dois, na medida em que o transacional define o *coping* como aquilo que fazemos enquanto o sequencial o entende como aquilo que somos. Interessante, ainda, é considerar a relação inversa, ou seja, o quanto o *coping* poderá influenciar a personalidade, as circunstâncias da situação e os próprios recursos da pessoa. Com efeito, a psicologia clínica indicia que a mudança do *coping* das pessoas pode acarretar mudanças na sua personalidade, como o sugere o treino de inoculação ao stresse, que consiste, essencialmente, na melhoria dos atos de *coping* (Meichenbaum, 1993). Também a psicopatologia do desenvolvimento concebe o *coping* como um fator determinante no desenvolvimento e mudança pessoal (Aldwin, 1994, 2007; Ramos, 2008a; retomaremos este tópico no capítulo seguinte). É assaz curioso notar como esta dupla dimensão do *coping*, por um lado dependente da pessoa e das situações e, por outro, podendo fazer estas mesmas depender de si, permite materializar na saúde e desenvolvimento pessoal a máxima de Ortega y Gasset: *eu sou eu e a minha circunstância, e se não a salvo a ela não me salvo a mim*.

### 1.3. Quantos tipos de *coping* existem?

Quantos atos de *coping* existem? Esta é uma questão de resposta inviável ou impossível. Com efeito, a resposta tanto pode ser 400 estratégias de *coping* diferentes (Skinner et al., 2003) como duas grandes estratégias de *coping* (e.g., Roth & Cohen, 1986). Numa extensa revisão da literatura sobre a medição do *coping*, efetuada até há cerca de uma década, Skinner et al. identificaram cerca de 400 estratégias de *coping* que propuseram agrupar em 13 famílias de *coping*. Por seu lado, outros autores (e.g., Snyder & Pulvers, 2001) propõem que se considere basicamente dois tipos de *coping*. Já Lazarus & Folkman (1984) haviam proposto uma dicotomia na classificação geral dos tipos de *coping* mas salvaguardando que as estratégias em si mesmas seriam incontáveis. É virtualmente impossível responder à pergunta porque as pessoas podem utilizar, quanto mais não seja, combinações de estratégias de *coping*, ou utilizar de forma diferenciada uma mesma estratégia. Por exemplo, a reinterpretação positiva pode dirigir-se à situação stressora, às consequências do encontro de stresse, ao significado do mesmo, etc. Um ato de *coping* pode ser positivo numa circunstância, e negativo noutra: negar a longo prazo é potencialmente prejudicial, mas no imediato pode apresentar benefícios (Lazarus, 1999). Esta questão remete-nos para a taxinomia do *coping*. Muitas classificações têm sido apresentadas, nenhuma foi ainda aceite como dominante e definitiva, e todas coabitam placidamente, apesar de originarem algumas confusões concetuais e terminológicas. A taxinomia pode ser estabelecida consoante a função do *coping* (e.g., focado nos problemas e



focado nas emoções; Lazarus & Folkman), o alvo (e.g., situações stressoras, percepção de stress, e sintomas de stress; Pearlin & Schooler, 1978), a aproximação ou afastamento psicológico em relação à causa de stress (e.g., envolvimento ou desligamento; Carver & Connor-Smith, 2010), o controlo ou assimilação do encontro de stress e a adaptação ou acomodação à mesma (e.g., *coping* de controlo primário e *coping* de controlo secundário; Compas et al., 2001), a perspetiva temporal (*coping* reativo e *coping* proactivo), a quantidade de sujeitos envolvidos (individual ou coletivo), e ainda a sua determinação situacional ou personalística (como vimos no capítulo anterior). Ainda que o nosso interesse empírico se centre no *coping* individual e reativo, não nos dispensamos de apresentar os conceitos que não se enquadram nesses dois critérios, numérico e temporal, a saber: o *coping* coletivo e o *coping* proactivo. No que respeita ao critério da perspetiva temporal do *coping*, centramo-nos apenas no conceito de *coping* proactivo, embora alguns autores (e.g., Beehr & McGrath, 1996 citados por Schwarzer & Taubert, 2002) afirmem outros tipos de *coping* temporalmente marcados, diferenciando o *coping* preventivo (muito tempo antes da ocorrência real ou possível de um stressor), *coping* antecipatório (quando o acontecimento stressor está para breve), *coping* dinâmico (durante a transação de stress), *coping* reativo (após a ocorrência da situação stressora) e *coping* residual (muito tempo depois da ocorrência stressora, para lidar ainda com sequelas da mesma).

De um modo geral, o *coping* coletivo designa ações colaborativas para lidar com o stress empreendidas por duas ou mais pessoas, que associam os seus recursos e resolvem problemas conjuntamente; o primeiro caso remete-nos para o *coping* diádico, característico dos casais em stress (Bodenmann, 1997); o segundo caso traduz o que a literatura apelida mais vezes de *coping* comunal (*communal*, no original). Alguns autores fazem questão de distinguir *coping* comunal de *coping* coletivo, no sentido em que o segundo pode confundir-se com a ação atenuadora do apoio social (e.g., Lyons, Mickelson, Sullivan & Coyne, 1998). Em todo o caso, a literatura inclui o *coping* comunal sob a designação genérica de *coping* coletivo (Kuo, 2013), e por essa razão referir-nos-emos ao conceito utilizando as duas designações.

Ao envolverem-se em atos de *coping* comunal, as pessoas socorrem-se das suas relações sociais próximas e juntam-se para lidar com os stresses da vida. O *coping* coletivo é posto em marcha quando as pessoas avaliam um stressor não como um problema individual (seu ou de outros), mas como um problema comum, o qual implica não só que mais do que uma pessoa é afetada por ele, mas também que as pessoas partilham a responsabilidade de com ele lidar. Ainda que os motivos tanto possam ser individuais como coletivos, o *coping* comunal envolve a junção de recursos e de esforços de vários indivíduos (casais, famílias, comunidade) para confrontar a adversidade, e trata-se de um processo cooperativo (Lyons et al., 1998). Com efeito, muitos dos problemas e causas de stress do dia-a-dia são de natureza social, fazendo com que a maneira como as pessoas os avaliam e os gerem se enquadre profundamente num contexto social, e portanto apele ao envolvimento dos outros (para lá da mera busca de apoio social). Neste sentido, interessa estudar e perceber os esforços colaborativos de *coping* empreendidos por unidades sociais, e não apenas aqueles de natureza individual (Berg et al., 1998). O *coping* coletivo assume uma natureza coletivista que é produto de normas e valores relacionais e comunitários, e faz destacar a dimensão cultural e social dos motivos e dos mecanismos subjacentes aos processos de stress e *coping*. Os atos de *coping* coletivo são na sua essência interpessoais e traduzem os valores culturais de um grupo em questão, sendo por isso culturalmente determinados (Kuo, 2012). Afifi, Hutchinson & Krouse (2006) salientam que

o conceito de *coping* comunal representa de modo mais complexo a natureza interdependente do *coping*, alarga a análise sobre a natureza transacional e fluída dos processos de *coping*, permite considerar diferentes níveis de responsabilidade pelos stressores dentro de um grupo, permite articular como o *coping* é afetado pelas dinâmicas, normas e poder nos grupos, e destaca a influência do contexto nos processos de *coping*. Neste sentido, Afifi et al. elegem as normas grupais e a comunicação interpessoal como conceitos-chave para entender o *coping* coletivo. Estudando uma comunidade sobrevivente a três grandes incêndios no espaço de um ano, Afifi, Felix & Afifi (2012) constataram que a forma como as pessoas que foram evacuadas comunicaram a sua incerteza e stresse como algo que poderia ser resolvido e ultrapassado enquanto unidade social (i.é., um comportamento de *coping* comunal), desempenhou um forte papel atenuador dos efeitos do stresse, contribuindo para a maior resiliência desses mesmos sujeitos.

O *coping* proactivo insere-se no que Folkman & Moskowitz (2004) designam por *coping* orientado para o futuro, uma designação que faz sobressair o carácter preventivo, antecipatório e tendente a uma ação ulterior do *coping*. O *coping* proactivo opõe-se ao *coping* reativo no sentido em que este último se prende exclusivamente com situações geradoras de stresse passadas ou presentes. Ao contrário, o *coping* proactivo dirige-se à ameaça, no sentido que ela representa a antecipação de uma perda ou dano (Folkman & Moskowitz, 2004). Aspinwall & Taylor (1997) fixaram o conceito de *coping* proactivo enquanto processo de antecipação e deteção de potenciais causas de stresse e de ação antecipada no sentido de as desativar ou de prevenir o seu impacto. Os processos do *coping* proactivo desenrolam-se em cinco etapas, a saber: (1) acumulação de uma reserva de recursos (temporais, financeiros, sociais); (2) reconhecimento das potenciais causas de stresse; (3) avaliação cognitiva inicial; (4) esforços de *coping* preliminares; e (5) ativação e utilização de *feedback* relativo ao sucesso dos esforços de *coping* iniciais (Aspinwall & Taylor, 1997; Folkman & Moskowitz, 2004). O *coping* proactivo faz uso de competências de planeamento, definição de objetivos, organização e simulação mental (Aspinwall & Taylor, 1997; Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum & Taubert, 1999), no que Folkman & Moskowitz consideram tratar-se essencialmente de estratégias de *coping* focadas nos problemas.

O conceito de *coping* proactivo proposto por Aspinwall & Taylor (1997) tem por função essencial evitar o mal-estar resultante de experiências de stresse vindouras, ou os prejuízos que as mesmas possam acarretar. De modo diferente, Schwarzer & Taubert (2002) concebem o *coping* proactivo como aquele que procura aproveitar os benefícios que desafios vindouros possam acarretar. Assim, deparamo-nos com dois conceitos de *coping* proactivo, ambos orientados para o futuro, em que um leva os indivíduos a defender-se de ameaças (Aspinwall & Taylor) e o outro os leva a preparar-se para desafios (Schwarzer & Taubert). Schwarzer & Taubert distinguem o seu *coping* proactivo do *coping* antecipatório e do *coping* preventivo. O *coping* antecipatório dirige-se a ameaças iminentes e pressupõe a certeza, ou quase certeza, da sua ocorrência. Estas ameaças encerram prejuízo ou perda, pelo que as pessoas tentam manejar esse risco percecionado. O *coping* preventivo representa os esforços de preparação face à incerteza, e materializa-se na acumulação de recursos de resistência que possam vir a minimizar o impacto do encontro de stresse vindouro e a diminuir as suas consequências negativas. Por fim, o *coping* proactivo traduz os esforços para desenvolver recursos que augurem os melhores benefícios das situações stressoras vindouras, em termos de promoção e

crescimento pessoal. O *coping* proactivo é precipitado pela antecipação de desafios e propulsionado pela existência de uma *visão*. À luz dessa visão, as pessoas antecipam não situações negativas de dano, perda ou ameaça, mas sim desafios pessoais. O *coping* torna-se então dirigido para objetivos, enquanto nas outras formas de *coping* (nomeadamente, na outra perspectiva de *coping* proactivo) ele se dirige para a (desativação da) ameaça. Do mesmo modo, o stress é entendido não como *distress*, mas como *eustress* (Selye, 1978), ou seja, energia vital produtiva. Schwarzer & Taubert caracterizam este *coping* proactivo como uma forma de autorregulação tendente a objetivos, que inclui a definição ambiciosa dos mesmos e a busca tenaz da sua concretização. O *coping* proactivo traduz, então, a luta individual das pessoas para melhorar a sua vida e o seu ambiente, e explica a sua motivação e qualidade da gestão pessoal, em face da adversidade desafiadora (Greenglass et al., 1999). As perspectivas mais recentes sobre o *coping* proactivo entendem-no como um processo promotor da saúde e do bem-estar, e enquadraram-no no domínio da psicologia positiva (Greenglass & Fiksenbaum, 2005). Importa salientar ainda que, no fundo, os atos de *coping* (portanto, o que as pessoas fazem de concreto para lidar com o stress) proactivo são na sua essência semelhantes aos atos de *coping* geral (Carver & Connor-Smith, 2010; Folkman & Moskowitz, 2004), assim como também o são os atos de *coping* coletivo, dada o substrato cultural dos atos de *coping* individuais (Kuo, 2012).

Uma vez apresentados o *coping* coletivo e o *coping* proactivo, concentrem-nos agora no *coping* manifestado por uma única pessoa (individual) em resposta ao encontro de stress que experiencia (reativo, ou dinâmico), e retomemos a questão inicial, de saber quantos tipos de *coping* existem. A resposta a tal questão obriga-nos a um exercício de clarificação terminológica e epistemológica. Ou seja, a discussão da tipologia do *coping* impõe a distinção entre atos de *coping* e estratégias de *coping* (ou mecanismos, se os considerarmos ligados às disposições da personalidade e portanto manifestações preferenciais de um padrão ou estilo de *coping*), e pressupõe, por isso mesmo, uma hierarquização na sua análise, à luz da qual os atos de *coping* representam o nível inferior e as estratégias o nível superior, que agrega e organiza os primeiros. Com efeito, o *coping* não é um comportamento unidimensional, mas sim composto por vários comportamentos, cognições e percepções, atuando a níveis diferentes (Pearlin & Schooler, 1978), que interessa desvendar e organizar. De acordo com esta proposta, a questão inicial resulta respondida da seguinte forma: existem incontáveis atos de *coping* (o máximo descrito pela literatura ultrapassa os 400; Skinner et al., 2003), mas apenas duas estratégias de *coping*. Porém, a expressão “estratégias de *coping*” tem sido usada na literatura de forma bastante polissémica, pelo que se impõe clarificá-la. As estratégias de *coping* tanto traduzem comportamentos ou atos de *coping*, como combinações dos mesmos. Com efeito, uma estratégia focada nos problemas (por ex., tomar medidas para resolver um problema) pode pressupor dois atos de *coping* (por ex., falar com alguém para receber conselhos e começar o quanto antes a fazer as coisas necessárias para tratar o assunto perturbador). Por outro lado, e num nível de integração conceptual superior, essa mesma estratégia focada nos problemas (tomar medidas para resolver um problema) pode associar-se a outras (por ex., planeamento e autocontrolo emocional), constituindo uma *super-estratégia* (em termos de organização hierárquica) de *coping* ativo. Para o fim a que nos propomos no presente capítulo, julgamos mais acertado substituir o termo *estratégias* por *direções*, recuperando a distinção entre aproximação psicológica ao stressor e afastamento psicológico em relação ao stressor, proposta por Snyder

& Pulvers (2001) e por nós apresentada no Capítulo 1.1. Assim, a segunda parte da resposta será: existem duas direções do *coping*.

Assumimos, enfim, que a discussão da tipologia do *coping* pressupõe considerar dois níveis de análise, um relativo aos atos (ou respostas concretas) de *coping*, e outro às direções do *coping*, de acordo com as quais os primeiros se organizam. Aceitando a grande disseminação na literatura da utilização indiferenciada da expressão *estratégias de coping* independentemente do nível conceptual considerado, esta nossa hierarquia obriga a distinguir conceptualmente as estratégias de *coping* consideradas em função do contexto em que elas são referidas. Neste sentido, impõe-se diferenciar as estratégias de *coping* isoladamente consideradas (como se fossem microestratégias de *coping*), que melhor seriam designadas por técnicas de *coping*, das estratégias de *coping* propriamente ditas (como se fossem macroestratégias de *coping*), no sentido em que a estratégia pressupõe um conjunto de técnicas. Encontrará esta nossa proposta conceptual reflexo na literatura? De novo, a resposta é não e sim... Ilustrando o lado do não encontramos os argumentos de Skinner et al. (2003) bem como exemplos de mais do que duas direções (macroestratégias de *coping*), enquanto do lado do sim se situam os argumentos teóricos de Lazarus & Folkman (1984) e os argumentos empírico-teóricos de Carver & Connor-Smith (2010). Ao correr do texto, confiamos que o contexto em nos referimos a estratégias de *coping* defina, ao leitor, se se tratam de microestratégias (inúmeros atos, comportamentos, respostas, técnicas) ou de macroestratégias (as duas direções genéricas).

Ao analisar mais de 100 sistemas de categorização do *coping*, Skinner et al. (2003) constatam não existir consenso quanto à definição das categorias nucleares do *coping*. Combinando as categorizações encontradas na literatura, umas de natureza dedutiva e teórica (a mais representativa sendo a classificação racional), e outras de natureza indutiva e empírica (sendo a mais comum a análise fatorial exploratória), propõem uma conceptualização da estrutura do *coping* em quatro níveis. O nível hierarquicamente mais baixo contém os *atos de coping*, altamente personalizados e dependentes das situações. No fundo, trata-se de exemplos concretos de como cada pessoa lida com os diferentes stresses da sua vida (ou seja, trata-se de respostas de *coping*) e por isso mesmo são incontáveis. Estes atos ou respostas de *coping* agrupam-se para formar, no nível imediatamente superior, as *estratégias de coping*. As estratégias de *coping* são-nos dadas pela observação direta (e consequente categorização do observador) ou pelos itens das escalas utilizadas para avaliar o *coping*. Por exemplo, a resolução de problemas, a busca de apoio social ou o escape são estratégias de *coping*, observáveis e mensuráveis, ainda que a forma como as pessoas as concretizam possa variar infinitamente de pessoa para pessoa. Com efeito, e a título ilustrativo, quando assinalamos numa escala um item tal como *procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)* estamos a declarar que nos envolvemos numa estratégia de apoio social de natureza emocional, mas não podemos especificar as inúmeras cambiantes dessa estratégia: a forma como requisitamos o apoio de familiares é diferente daquela com que procuramos o apoio de amigos, a natureza do apoio dispensado será também diferente, não apenas entre os dois, mas inclusivamente entre diferentes familiares e entre diferentes amigos, etc. A análise dessas cambiantes obrigará a descer um nível conceptual, para o plano dos inumeráveis atos concretos de *coping*. Por seu lado, as estratégias de *coping* agrupam-se no que Skinner et al. designaram por *famílias de coping*, o terceiro nível hierárquico ascendente. Este nível corresponde ao que a literatura designa habitualmente por dimensões do *coping* e também por estratégias de *coping* (macroestratégias,

portanto, por comparação com o nível inferior), de que são exemplos clássicos o *coping* focado nos problemas, o *coping* de confrontação, o *coping* de acomodação, etc.. As famílias de *coping* propostas por Skinner et al., porém, são multidimensionais e multifuncionais, ao agruparem num nível hierarquicamente superior as categorias inferiores de acordo com a sua função e a sua contribuição para os processos adaptativos. Assim, os autores propõem treze famílias de *coping* segundo o tipo de ação inerente a cada uma, a saber: (1) *resolução de problemas*; (2) *procura de apoio*; (3) *escape*; (4) *distração*; (5) *reestruturação cognitiva*; (6) *ruminação*; (7) *desamparo*; (8) *isolamento social*; (9) *regulação emocional*; (10) *procura de informação*; (11) *negociação*; (12) *oposição*; e (13) *delegação*. Por sua vez, estas famílias de *coping* são agregadas num nível superior, e último, de *processos adaptativos*, que em última análise medeiam o stress e as suas consequências psicológicas, sociais e fisiológicas. Este nível superior materializa o *coping* enquanto estratégia de adaptação (tal como White [1974] o definiu), no sentido em que ele concretiza importantes funções evolutivas, como sejam manter uma relação benéfica com o ambiente, ou evitar transações prejudiciais com o mesmo. Skinner et al. rejeitam, assim, as dicotomias classificativas mais usadas (focado nos problemas/focado nas emoções, confrontação/evitamento e comportamental/cognitivo) em favor de uma classificação baseada na função adaptativa das dimensões do *coping*, que sugerem agrupar em treze famílias.

Outros autores propõem mais do que duas categorias, ou estratégias, de *coping*. O número de tipos de *coping* mais frequentemente proposto é três. Billings & Moos chegaram mesmo a propor duas tipologias, ambas com três dimensões de *coping*: inicialmente (1981) propuseram distinguir *coping cognitivo ativo* (ver o lado positivo, pensar em alternativas), *comportamental ativo* (procurar informação ou ajuda para resolver o problema), e *evitamento* (não pensar no problema, distrair-se com outros assuntos); posteriormente (1984) reformularam a sua classificação para *coping focado na avaliação*, *coping focado no problema* e *coping focado na emoção*. Outros autores, a título ilustrativo, que propõem três tipos de *coping* são Amirkhan (1990; *resolução de problemas*; *procura de apoio social*; *evitamento*), Endler & Parker (1990; *orientado para as tarefas*, *orientado para as emoções*; e *orientado para o evitamento*), ou Compas et al. (2001; *coping de controlo primário*, *coping de controlo secundário* e *evitamento*). Roger, Jarvis & Najarian, (1993) avançam quatro tipos de *coping*: *racional*, *emocional*, de *evitamento* ou de *desinvestimento* (ou *desligamento*) e Hobfoll et al. (1994) sugerem oito estratégias de *coping*, definidas em função de dois eixos de ação (prosocial/antissocial e ativo/passivo): *ação assertiva*, *união social*, *ação agressiva*, *procura de apoio social*, *ação cautelosa*, *evitamento*, *ação antissocial* e *ação instintiva*. Muitas destas tipologias resultam do agrupamento fatorial dos itens de questionários de *coping*. Nesse sentido, poderemos encontrar ainda outras propostas classificativas na Tabela 1.1, no capítulo seguinte, onde damos conta de uma síntese genérica deste tipo de questionários e da sua estrutura conceptual. Por agora, detemo-nos nos argumentos que defendem uma taxinomia baseada em apenas duas dimensões, ou direções, e nos seus exemplos.

Lazarus & Folkman (1984) propuseram aquela que é ainda hoje a tipologia do *coping* mais referida na literatura, seja como a tipologia matriz (e portanto, o *standard* na classificação do *coping*), seja como uma tipologia incluída noutras tipologias: (1) o *coping focado nos problemas* (ou dirigido aos problemas, ou instrumental), que traduz os esforços da pessoa para lidar diretamente com o stressor; e (2) o *coping focado nas emoções* (ou dirigido às emoções, ou paliativo), que designa os esforços da pessoa para reduzir o mal-estar que a transação de

stresse lhe provoca (e, nesse sentido, é um *coping* de autorregulação emocional). Lazarus & Folkman afirmam que estes dois tipos de *coping* não são mutuamente exclusivos e que, aliás, é desejável que a pessoa se envolva nos dois enquanto tenta lidar com as suas transações de stresse. Esta mesma posição teórica possibilita incluir os dois tipos de *coping* numa única direção ou dimensão de *coping*, quando a pessoa usa ambas as estratégias para confrontar o stressor; esta é, aliás, a posição teórica defendida por Snyder & Pulvers (2001), como explicamos no Capítulo 1.1. Com efeito, o *coping* dirigido às emoções e o *coping* dirigido aos problemas são complementares e mutuamente facilitadores, na medida em que o primeiro poderá fazer reduzir o mal-estar associado à transação de stresse de forma a promover o segundo e a eficácia dos seus comportamentos tendentes ao confronto do stresse, e vice-versa (Carver & Connor-Smith, 2010). Lazarus (2006) adianta mesmo ser inapropriado separar os dois tipos de *coping*.

A literatura mais recente distingue *coping de envolvimento* de *coping de desligamento* (Carver & Connor-Smith, 2010; Portello & Long, 2001). O *coping* de envolvimento (*engagement*, no original) traduz uma ligação à transação de stresse, ou seja a pessoa envolve-se na situação, procurando lidar com a causa de stresse ou com as emoções a ela associadas. Neste sentido, é também designado por *coping* de confrontação. Atendendo ao conceito de personalidade resiliente de Kobasa (1979; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982), poderia ser também designado por *coping* de comprometimento. Atendendo à terminologia psicodinâmica, poderia ser também designado por *coping* de investimento, já que é justamente do investimento psicológico na situação perturbadora que ele trata. O *coping* de desligamento (*disengagement*, no original) reflete uma desconexão em relação à situação de stresse, ou seja a pessoa tenta fugir ou escapar da ameaça inerente ao stressor ou das emoções a ele associadas. Neste sentido, é também designado por *coping* de evitamento. De novo atendendo à terminologia psicodinâmica, poderia ser igualmente designado por *coping* de desinvestimento.

Carver & Connor-Smith (2010) referem que o *coping* de desligamento – ou de evitamento – se foca amiúde nas emoções, na medida em que é essencialmente um esforço para evitar e fugir de sentimentos desagradáveis de aflição e angústia. Os mesmos autores ilustram o *coping* de evitamento com estratégias de pensamento fantasioso, que distanciam a pessoa do problema, e de negação, que separam a primeira da adversidade do segundo. Mau grado a sua eficácia momentânea na redução do mal-estar, o *coping* de evitamento revela-se ineficaz a médio e longo prazo (uma vez que, pela sua inação, acaba por contribuir para a manutenção dos problemas), e pode ainda revelar-se contraproducente, quando as estratégias de evitamento escolhidas resultem em novos problemas secundários (como o abuso de álcool, em termos de saúde, ou as compras excessivas, em termos financeiros). Além do mais, o *coping* de evitamento contribui de modo paradoxal para aumentar os pensamentos intrusivos acerca do problema, a ansiedade e as emoções e comportamentos disfuncionais (Carver & Connor-Smith, 2010; Snyder & Pulvers, 2001).

O *coping* de envolvimento – ou de confrontação – combina estratégias focadas nos problemas e estratégias focadas nas emoções, tais como a regulação emocional, a aceitação, a procura de apoio ou a reestruturação cognitiva, e divide-se em *coping de acomodação* e *coping de criação de significado*. (Carver & Connor-Smith, 2010).

O *coping* de acomodação traduz os esforços para tentar controlar o ambiente e as reações ao mesmo, ou os esforços para a pessoa se adaptar ao ambiente stressor. Compas et al. (2001) designaram o primeiro de controlo primário e o segundo de controlo secundário, mas Carver & Connor-Smith (2010) adiantam ser preferível designar ambos os esforços por *coping* de acomodação, de modo a evitar conotações hierarquizantes do controlo e dos esforços de *coping*, à luz das quais umas estratégias se subalternizariam a outras. O *coping* de acomodação envolve respostas de *coping* tais como aceitação, reestruturação cognitiva, revisão de objetivos, ou mesmo autodistração, que original e teoricamente se pensava ser uma forma de *coping* de evitamento mas que a investigação empírica (concretamente, a análise fatorial confirmatória) mostrou ser uma abordagem de confrontação, na medida em que parece apoiar, através do envolvimento em atividades positivas, os esforços de adaptação a situações fora do controlo (Carver & Connor-Smith, 2010; Skinner et al., 2003). Carver & Connor-Smith situam a origem do conceito de acomodação no domínio da psicologia (e psicopatologia) do desenvolvimento, em concreto na área do envelhecimento bem-sucedido. No entanto, o conceito de acomodação é originário da psicologia cognitiva piagetiana, e representa a redefinição dos esquemas mentais das pessoas a partir das experiências que vivem. A acomodação piagetiana representa, na realidade, um papel determinante na adaptação das pessoas ao ambiente (Ramos, 2005).

O *coping* de criação de significado, ou *coping* focado no significado (Folkman, 1997), representa a procura e extração de benefícios na adversidade (Tennen & Affleck, 1999), é usado principalmente em situações incontroláveis, como é o caso de doenças graves (Folkman & Moskowitz, 2004), e remete, no limite, para a tendência humana da busca de sentido nas experiências da vida (Frankl, 1946/2004). O conceito de *coping* de criação de significado pressupõe que durante os encontros de stresse existem emoções agradáveis e desagradáveis, que os sentimentos positivos influenciam os resultados, que as pessoas procuram naturalmente encontrar benefícios e sentido na adversidade, e que os encontros de stresse podem acarretar mudanças positivas na vida das pessoas (Carver & Connor-Smith, 2010). OS benefícios e mudanças pessoais positivas aproximam concetualmente este tipo de *coping* da rubrica do crescimento pós-traumático (Folkman & Moskowitz, 2004). Ilustrando o *coping* focado no significado: as pessoas procuram um valor redentor numa perda, como quando se dedicam a estudar ou a divulgar uma doença que fez perecer um ente querido, estabelecem um vínculo ou reforçam a ligação com parceiros sobreviventes de um desastre, clarificam as suas prioridades de vida, envolvem-se na prossecução tenaz de objetivos importantes, ou passam a apreciar e a aproveitar mais a vida (Folkman, 1997; Folkman & Moskowitz, 2004). Este tipo de *coping* inclui esforços de procura ou recordação de benefícios adquiridos em situações stressoras, e pode incluir tanto a reorganização de prioridades de vida, como a atribuição de significados positivos a acontecimentos normais geradores de stresse (Carver & Connor-Smith, 2010; Tennen & Affleck, 1999). Apesar da tónica na criação de significado e no lado positivo dos encontros de stresse, Carver & Connor-Smith consideram o *coping* focado no significado como uma forma de *coping* de acomodação, na medida em que ele favorece a adaptação das pessoas aos constrangimentos das suas vidas.

A classificação do *coping* em apenas duas categorias surge ainda como a solução eleita de muitos outros teóricos e investigadores. Baseado no seu modelo de modos de *coping*, Krohne (1986, 2002; Krohne et al., 2000) propõe dois tipos de *coping*: *vigilante* e *evitamento*

*cognitivo*. Perrez & Reicherts (1992) sugerem duas grandes dimensões de *coping*, o *autodirigido* e o *dirigido ao ambiente*. Nesta última classificação podemos vislumbrar a tipologia “matriz” de Lazarus & Folkman (1984), a qual, aliás, parece concorrer também para outras soluções de interpretação empírica de associações de estratégias de *coping* muito usadas na literatura: uma delas distingue *coping* positivo, que inclui estratégias de resolução de problemas e de procura de aconselhamento, de *coping* negativo, que integra estratégias de autoculpa, evitamento e ideação fantasiosa (e.g., Mark & Smith, 2012a), enquanto a outra diferencia *coping ativo* (por ex., pensar coisas positivas) de *coping passivo* (por ex., não prestar atenção) (e.g., Langens & Mörth, 2003).

Reverendo as categorias e nomenclaturas do *coping* acima referidas, encontramos estratégias de evitamento (ou escape), cuja própria designação é comum a várias tipologias, e encontramos várias estratégias de “não evitamento” (ou seja, de confrontação), que assumem designações múltiplas. Tal constatação parece-nos um argumento adicional para a assunção de duas estratégias genéricas do *coping*, ou direções do *coping*, como propusemos anteriormente. No entanto, tal classificação dicotómica deve ser entendida apenas como o critério taxonómico de ordem mais elevada, uma vez que toda a variabilidade e riqueza das estratégias de *coping* usadas pelas pessoas não cabe em apenas duas categorias (Carver et al., 1989; Folkman & Moskowitz, 2004, Skinner et al., 2003), sendo que algumas estratégias podem refletir-se naquelas duas categorias máximas, como a procura de apoio social ou a reavaliação positiva. Além do mais, não se trataria nunca de uma taxinomia prescritiva, uma vez que alguns autores preferem usar outros critérios classificativos para descrever as estratégias de *coping* que estudam. Isto acontece sobretudo em estudos sobre o *coping* em situações específicas. Por exemplo, Tabak & Koprak (2007) estudaram os conflitos interpessoais entre médicos e enfermeiros, e denominaram os seus tipos de *coping* de acordo com esse stressor: *integrar, dominar, comprometer-se, obedecer, evitar*.

Importa salientar ainda que os critérios classificativos (ou taxonómicos, como temos vindo a referir: tempo, número de pessoas envolvidas, direção, função, alvo do *coping*, etc.) são meramente conceptuais, pois a combinação destes diferentes tipos de *coping* não só é real na vida real, como tem sido inclusivamente objeto da atenção empírica. Para ilustrar o interesse investigacional pelo cruzamento *real* destas definições, refira-se o conceito de *coping* comunal proactivo, que Guribye, Sandal & Oppedal (2011) definem como um processo em que os membros de um grupo sentem e assumem coletivamente a responsabilidade pelo seu bem-estar futuro e cooperam tanto para o alcançar, como para evitar mudanças indesejáveis. Recorde-se, ainda, que as respostas de *coping* que se inscrevem neste tipo de *coping* são essencialmente as mesmas que encontramos no *coping* individual (de confrontação ou envolvimento).

A título de curiosidade, enunciámos algumas estratégias de *coping* de nível conceptual inferior, as quais designamos também por atos de *coping*. Referimos apenas três exemplos, pelas razões que adiante mencionamos. Estes três exemplos, porém, partilham duas características, que residem no tempo histórico em que foram criados e na importância de um dos mais famosos questionários para avaliar o *coping*, o WCC. Com efeito, a década de 80 do século XX foi pródiga na construção de escalas para medir o *coping*, de que o WCC e o COPE são os expoentes máximos. Ainda que lhes seja comum o modelo transaccional de stress e *coping* de



Lazarus & Folkman (1984), o segundo distingue-se do primeiro por ponderar a natureza disposicional do *coping*. Tanto quanto julgamos saber, o estudo empírico que produziu o maior número de atos de *coping* – 28 – foi o de McCrae (1984; Skinner et al., 2003), que utilizou alguns dos itens do WCC. As estratégias de *coping* extraídas foram (1) *reação hostil*, (2) *ação racional*, (3) *procura de ajuda*, (4) *perseverança*, (5) *isolamento do afeto*, (6) *fatalismo*, (7) *expressão de sentimentos*, (8) *pensamento positivo*, (9) *distração*, (10) *fantasia escapista*, (11) *negação intelectual*, (12) *autoculpabilização*, (13) *dar um passo de cada vez*, (14) *comparação social*, (15) *sedução*, (16) *substituição*, (17) *restrição*, (18) *retirar força da adversidade*, (19) *evitamento*, (20) *afastamento*, (21) *autoaceitação*, (22) *pensamento fantasista*, (23) *esquecimento ativo*, (24) *humor*, (25) *passividade*, (26) *indecisão*, (27) *avaliação da culpa* e (28) *fé*. Como dissemos, o WCC foi utilizado numa grande quantidade de estudos empíricos, o que concorreu para produzir diferentes arranjos fatoriais dos mesmos itens/atos de *coping*. Descontando a divisão dicotómica do *coping* que lhe subjaz, o menor número de estratégias de *coping* encontradas foi cinco: (1) *coping focado nos problemas*; (2) *busca de apoio social*; (3) *autoculpabilização*; (4) *pensamento fantasista desejoso (acreditar no que se deseja)*; e (5) *evitamento* (Vitaliano et al., 1985; Skinner et al., 2003); o maior número de estratégias isoladas foi oito; referimos a classificação proposta por Aldwin & Revenson (1987; Skinner et al., 2003), já que citamos outra com o mesmo número de fatores na Tabela 1.1: (1) *escape*; (2) *prudência*; (3) *ação instrumental*; (4) *minimização*; (5) *mobilização de apoio*; (6) *autoculpabilização*; (7) *negociação*; e (8) *busca de significado*. Por último, o questionário COPE (Carver et al., 1989), bem como a redução do mesmo (Brief COPE) (Carver, 1997), preveem 14 tipos de *coping*, a saber: (1) *coping ativo*; (2) *planeamento*; (3) *uso de apoio instrumental*; (4) *uso de apoio emocional*; (5) *religião*; (6) *reinterpretação positiva*; (7) *autoculpabilização*; (8) *aceitação*; (9) *expressão de sentimentos*; (10) *negação*; (11) *autodistração*; (12) *desinvestimento comportamental*; (13) *uso de substâncias*; e (14) *humor*. Uma quantidade não tão elevada quanto a de McCrae nem tão curta como aquelas providenciadas pela WCC torna a tipologia de Carver particularmente atrativa, a que acresce a indicação de agrupamento teórico dos atos de *coping* em estratégias adaptativas (subdividas, por sua vez, em focadas nos problemas e focadas nas emoções) e mal-adaptativas (Cf. Tabela 4.4). Naturalmente, e tendo em consideração os 14 tipos de *coping* representados, é ainda possível associá-los em três categorias de *coping*, se considerarmos as estratégias relativas ao apoio social como uma dimensão autónoma, bem como nas duas direções de *coping*. A tipologia de Carver, pela sua abrangência e versatilidade teórica, recolhe a nossa preferência enquanto taxinomia de estratégias de *coping* empiricamente validável.

Concluindo, apesar da sofisticação analítica, empírica e teórico-conceptual da proposta de Skinner et al. (2003), a literatura parece não ter acedido à sua proposta taxonómica, talvez por causa da forte dependência da sustentação teórica dos questionários utilizados e da grande especialização dos estudos realizados (Ramos, Sá-Couto, Pereira & Silva, 2013). Por outro lado, as sínteses mais recentes da taxinomia do *coping* apontam para duas grandes estratégias – envolvimento ou confrontação (seja com fins de acomodação, seja com fins de criação de significado), e desligamento ou evitamento (Carver & Connor-Smith, 2010). Esta taxinomia revela-se mais concordante com a discussão teórica por nós empreendida no Capítulo 1.1., resultante na assunção de duas grandes direções do *coping*. Notamos ainda, aliás, que a assunção destas duas grandes estratégias do *coping* se revela teoricamente abrangente, na

medida em que também se mostra congruente com as anteriores teorias de origem psicodinâmica sobre o *coping*, especialmente com a de Horowitz (1976/2011), que distinguia evitamento (negação protetora) de confrontação (elaboração assimiladora), bem como com as mais recentes teorias do *coping* que fazem reemergir a tradição das diferenças individuais, como a de Khrono et al. (2000), que diferencia o *coping* vigilante do *coping* de evitamento cognitivo. Retomando a questão em título: existem inúmeros tipos de *coping*, se considerarmos (fenomenologicamente) os inúmeros atos de *coping* que as pessoas podem manifestar (determinados pelas idiosincrasias da sua personalidade, da situação de stresse e da cultura), os quais podem ser agrupados em 13 tipos de *coping* consoante a sua função adaptativa, mas que, considerando a direção da sua ação, podem ser conceptualizados em apenas dois tipos de *coping*: confrontação e evitamento.

## 1.4. Como se avalia o *coping*?

A avaliação do *coping* pode ser realizada por meio de questionários, entrevistas e observação direta, ainda que estas duas últimas se usem sobretudo (ou quase exclusivamente) com populações de crianças e adolescentes (Compas et al., 2001).

Skinner et al. (2003) identificaram mais de 100 questionários para medir o *coping*, ainda que alguns deles sejam revisões de um mesmo instrumento. A enumeração de todos os questionários para avaliar o *coping* ultrapassa o âmbito desta revisão teórica, pelo que destacaremos apenas os mais importantes para ilustrar a avaliação do *coping* por questionário de autorresposta. Seguimos quatro critérios nesta escolha, a saber: (1) apenas instrumentos que avaliam o *coping*, com exclusão daqueles que avaliam mecanismos de defesa; (2) maior número de referência na literatura consultada; (3) mais recentes, sobretudo aqueles criados e desenvolvidos a partir da década de 80 do século XX; (4) capacidade de ilustrar quer questionários baseados em teoria, quer questionários construídos empiricamente. Antes de passarmos à revisão dos questionários, impõe-se-nos uma breve exposição teórica relativa ao primeiro critério.

Com base nas teorias de Haan (1977/1985) e Vaillant (1977/1995), aceitamos a distinção entre defesa e *coping*, pelo que referimos apenas os instrumentos para avaliar o segundo. Aproveitamos este ensejo para cumprir promessa anterior, realizada no Capítulo 1, de abordar o modelo proposto por Haan. De acordo com esta autora, o Ego socorre-se de três modalidades para garantir a organização pessoal em cada momento e ao longo do tempo: *coping*, defesa e fragmentação. Os três modos representam três níveis hierárquicos distintos de contacto com a realidade: o *coping* é uma das formas de ação do Ego que se caracteriza pela adesão à realidade, enquanto a defesa assenta na negação e a fragmentação representa um processo mais patológico, amiúde usado para descrever o funcionamento psicótico. Branco Vasco (1985, p. 25) resume os três modos da seguinte forma: “

O modo de confronto implica propósito, flexibilidade, lógica e, acima de tudo, aderência à realidade intersubjectiva [*sic*] (validação consensual). O

processo de defesa é rígido, distorce a realidade intersubjectiva [sic] e a lógica, e implica a expectativa de que a ansiedade pode ser aliviada sem necessidade de enfrentar directamente [sic] as situações. Finalmente, a fragmentação é automática, ritualística, irracionalmente expressa e a realidade intersubjectiva [sic] é claramente violada.

Os três modos do Ego concretizam dez processos do Ego, divididos em quatro funções, por conveniência conceptual, já que o Ego as faz funcionar de modo interligado subjacente à unidade da pessoa: cognitiva (por ex., a consideração simbólica dos meios e dos fins), reflexiva-interoceptiva (por ex., o adiamento da resposta), da focalização da atenção (consciência seletiva) e de regulação afetiva e do impulso (por ex., distração). Haan exemplifica as três modalidades de funcionamento do Ego relativamente ao processo da sensibilidade (da função reflexiva-interoceptiva): a empatia é uma função do *coping*, a função da defesa é a projecção e a reacção de fragmentação é o delírio. Do mesmo modo, podemos referir que o processo de simbolização de meios e de fins (função cognitiva) pode assumir a forma de análise lógica (*coping*), racionalização (defesa) ou confabulação (fragmentação). O modelo de Haan procura descrever os esforços de organização pessoal dos indivíduos, através de uma organização hierárquica utilitária dos modos de funcionamento do Ego: *The person will cope if he can, defend if he must, and fragment if he is forced* (Haan, 1977/1985, p. 152). A autora acrescenta que quer o modo empregue pela pessoa, quer o resultado alcançado dependem da natureza da situação. A distinção proposta por Haan entre *coping* e defesa (e fragmentação) sugere níveis diferenciados de experiência psicológica, o que secundariamente pode aconselhar avaliações distintas das mesmas. Por essa razão, detemo-nos apenas nos instrumentos que permitem avaliar o *coping*, por ser este mais flexível, orientado para a realidade e para o presente e o futuro, baseado em processos de pensamento consciente ou pré-consciente, comprometido com a necessidade de graduar os afetos perturbadores e permitir várias formas *saudáveis* de satisfação afetiva (Haan, 1977/1985). Ou seja, revemos apenas os instrumentos que do ponto de vista conceptual se espera captem estas características.

Incluímos apenas questionários para populações adultas, e excluímos questionários para crianças e adolescentes. Apesar de preferirmos referenciar questionários de âmbito geral, mencionamos também alguns que se aplicam a situações específicas (mais uma vez, a escolha foi guiada pela intenção de ilustrar a avaliação do *coping*). Os questionários especificamente destinados a avaliar o *coping* no trabalho serão referidos no capítulo correspondente. Na Tabela 1.1 mostramos os questionários seleccionados para o efeito de ilustrar a avaliação do *coping*. A tabela foi feita com base nas revisões de Schwarzer & Schwarzer (1996) e Skinner et al. (2003). Apresentamos apenas as últimas versões dos mesmos. Por exemplo, com as medidas de *coping* de Billings e Moos apresentamos a segunda versão de 1984, diferente da primeira no número de itens, na escala de resposta e nos tipos de *coping*; a primeira possuía 19 itens classificados com escolha forçada (sim/não) e agrupava as estratégias de *coping* em três tipos (cognitivo ativo, comportamental ativo e evitamento). No caso da WCC, as diferenças são fundamentalmente ao nível da estrutura fatorial; apresentamos a última “versão” da mesma. Os questionários são referidos pela ordem cronológica em que apareceram, ou começaram a ser desenvolvidos; por exemplo, o WCC começou a ser construído ainda na década de 70 do século passado, e por isso é o primeiro a ser referido.

Tipicamente, as escalas de *coping* que se aplicam a situações genéricas pedem para as pessoas pensarem em situações de stresse retrospectivamente (por exemplo, na semana anterior, Folkman & Lazarus, 1988, ou nos dois últimos meses, Carver et al., 1989). Uma exceção clássica é a avaliação proposta por Stone & Neale (1984, citado por Folkman & Moskowitz, 2004), que solicitava aos sujeitos que concentrassem a avaliação do seu *coping* no dia presente, e, em estudos posteriores, até dois dias antes.

Os questionários apresentados na Tabela 1.1 são de carácter geral na sua avaliação do *coping*. Com efeito, podemos distinguir os questionários de *coping* em gerais, particulares e específicos. Por questionários particulares pretendemos referir a utilização de escalas isoladas, retiradas dos questionários gerais. Por exemplo, o *coping* religioso tem sido estudado com recurso à escala Religião do questionário COPE (Krägeloh, 2011). Os questionários específicos são construídos com o propósito de avaliar exclusivamente o *coping* num domínio circunscrito, como por exemplo o trabalho. A título ilustrativo, existem questionários para avaliar o *coping* no domínio da saúde (doença crónica: *Appraisal and Coping Questionnaire*, de Andersson & Ekdahl, 1992; dor aguda: *Cognitive Coping Strategy Indicator*, de Butler et al., 1989; depressão: Rohde et al., 1990; raiva e ansiedade social, Laux & Weber, 1991, todos como citado por Skinner et al., 2003), da família (relação marital: *Dyadic Coping Inventory*, de Bodenmann, 2008 como citado em Meier et al., 2012), das relações interpessoais (conflitos interpessoais: *Coping Strategies Inventory*, de Quayhagen & Quayhagen, 1982 como citado por Skinner et al., 2003) e microstressores (situações de conflito: *Life Situations Inventory*, de Feifel & Strack, 1989, como citado por Skinner et al., 2003).

A avaliação do *coping* é um aspeto de crítica centralidade no âmbito da investigação nesta área. Em concreto, o recurso repetido e quase exclusivo a questionários de autorresposta constituídos por listas de estratégias de *coping* tem sido muito questionado e até fortemente criticado. Ele é responsabilizado pela saturação entediante de resultados triviais e evidentes, produto muitas vezes de confusão entre stresse, *coping* e perturbação (Dewe, O'Driscoll & Cooper, 2010; Coyne & Racioppo, 2000). Coyne & Racioppo *decretam* mesmo a crise da investigação baseada em questionários, uma vez que ela não produziu resultados substantivos que permitissem perceber o papel do *coping* na adaptação. Este cenário resulta de limitações metodológicas inerentes ao uso de questionários baseados em listas de atos de *coping*, os quais aparentemente tornam esta metodologia insuficiente para captar toda a riqueza e complexidade dos processos de *coping*. Leventhal & Nerenz (1985) afirmam que os questionários indicam categorias gerais de *coping* usadas pelas pessoas, mas não elucidam sobre o que elas especificamente fazem. Coyne & Gottlieb (1996) estruturam tais limitações em dilemas criados quer aos sujeitos estudados (imposição tácita de uma narrativa conceptual do *coping*, ambiguidade na construção frásica dos itens), quer aos investigadores (ao nível da interpretação dos resultados). Concretamente, as principais limitações apontadas pela literatura são (1) a imposição de uma narrativa sobre o *coping* que pressupõe que as pessoas têm consciência que estão a lidar com o stresse, quando na realidade o *coping* não é tão racional e deliberado com os itens das listas o fazem supor (acrescente-se que estes autores, ao contrário de Lazarus & Folkman [1984], consideram que o *coping* pode ser constituído também por comportamentos e pensamentos automáticos, portanto de que se tem reduzida consciência);

Tabela 1.1. Questionários de avaliação do coping

Questionário Autores (Versão em língua portuguesa)	Formato Método de construção dos itens Natureza do <i>coping</i> Características	Tipos de <i>coping</i>
<b>Ways of Coping Questionnaire (WCQ)</b> Folkman & Lazarus (1988) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001)	50 itens; Likert – 4 pontos; Teórico e empírico; versões anteriores do instrumento, então denominado <i>Ways of Coping Checklist</i> (Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Lazarus & Folkman, 1986, e outros), divisão inicial das estratégias em focadas nos problemas (confrontação, procura de apoio social, planificação, resolução de problemas) e focadas nas emoções (evitamento-escape, ideação fantasiosa, distanciamento, reavaliação positiva, culpabilização, isolamento) Situacional; Baseado no modelo transacional do stresse e do <i>coping</i> (Lazarus & Folkman, 1984).	Confronto Distanciamento Autocontrolo Procura de Suporte Social Aceitação da Responsabilidade Fuga-Evitamento Resolução Planeada do Problema Reavaliação Positiva
<b>Billing &amp; Moos (1984)</b>	28 itens; Likert – 4 pontos; Teórico; itens retirados de revisão da literatura, de outros questionários (ex., escala de <i>coping</i> de Sidle, Moos, Adams & Cady, 1969) e da versão anterior do instrumento (de 1981).	Focado na avaliação Focado no problema Procura de informação Resolução de problemas Focado na emoção Regulação afetiva Descarga emocional
<b>Daily Coping Checklist</b> Stone & Neale (1984)	Combinação de questionário com entrevista; 55 itens – Descrição de cada categoria pelos sujeitos, como base no que fizeram para lidar com o stresse considerado (a partir da questão aberta <i>fez alguma coisa que coubesse nesta categoria?</i> ) Teórico.	Distração Redefinição da situação Ação direta Catarse Aceitação Apoio social Relaxamento Religião

Tabela 1.1. (Cont.)

Questionário Autores (Versão em língua portuguesa)	Formato Método de construção dos itens Natureza do <i>coping</i> Outras características	Tipos de <i>coping</i>
<b>COPE</b> Carver <i>et al</i> (1989)	60 itens; Likert – 4 pontos; Teórico e empírico; Disposicional (podendo avaliar também <i>coping</i> situacional); Baseado modelo transacional do stresse e <i>coping</i> (Lazarus & Folkman, 1984) e no modelo de autorregulação de Carver & Scheier (1985); As primeiras 5 estratégias são focadas nos problemas, as restantes nas emoções.	<i>Coping</i> ativo Planeamento Supressão de atividades conflituais <i>Coping</i> restritivo Uso de apoio social instrumental Uso de apoio social emocional Reinterpretação positiva e crescimento Aceitação <i>Coping</i> religioso Focalização e expressão de emoções Negação Desinvestimento comportamental Desinvestimento mental Humor Uso de substâncias
<b>Constructive Thinking Inventory</b> Epstein & Meier (1989) (Coelho, Albuquerque, Martins, D'Albuquerque, Neves, 2008)	108 itens; Likert – 5 pontos; Teórico e empírico; O pensamento construtivo refere-se a pensamentos automáticos usados no dia-a-dia e é assumido como um indicador de inteligência experiencial.	Global: Destrutivo vs. Pensamento automático construtivo Específico: <i>Coping</i> emocional <i>Coping</i> comportamental Pensamento categorial Pensamento supersticioso Pensamento negativo Otimismo <i>naif</i>
<b>Coping Strategy Indicator (CSI)</b> Amirkhan (1990)	33 itens; Likert – 3 pontos; Empírico; itens retirados de outros instrumentos (WCC, escala de <i>coping</i> de Sidle <i>et al.</i> , 1969), investigação própria, sugestão de pares; Estratégias de <i>coping</i> comportamentais/cognitivas, ativas/passivas, instrumentais/paliativas, dependente de si/dependente dos outros.	Resolução de problemas Procura de apoio social Evitamento

Tabela 1.1. (Cont.)

Questionário Autores (Versão em língua portuguesa)	Formato Método de construção dos itens Natureza do <i>coping</i> Outras características	Tipos de <i>coping</i>
<b><i>Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)</i></b> Endler & Parker (1990)	48 itens; Likert – 5 pontos; Empírico; itens baseados em instrumentos existentes e adicionados pelos autores; Disposicional; Tecnicamente, um inventário “estado da arte” (Schwarzer & Schwarzer, 1996).	Orientado para as tarefas Orientado para as emoções Orientado para o evitamento Distração Desvio social
<b><i>Stress and Coping Process Questionnaire (SCPQ)</i></b> Perrez & Reicherts, 1992	Teórico; Avaliação multidimensional de componentes e processos do stresse e do <i>coping</i> , com base em 18 cenários hipotéticos de stresse (situações aversivas ou ambíguas e situações de falhanço e perda), divididos em três etapas: início, continuação e resultado (positivo ou negativo); mensura as avaliações cognitivas, reações emocionais, objetivos do <i>coping</i> e comportamentos de <i>coping</i> ; Permite a distinção entre intenções de <i>coping</i> e estratégias de <i>coping</i> .	<i>Coping</i> autodirigido: Procura de informação Supressão de informação Reavaliação Paliativo Autoculpabilização Culpabilização de outros <i>Coping</i> dirigido ao ambiente: Influência ativa sobre o stressor Evasão Passividade Reorientação (substituição) Ajuda dos outros
<b><i>Coping Styles Questionnaire (CSQ)</i></b> Roger, Jarvis & Najarian (1993) (Dinis, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011)	41 itens; Likert – 4 pontos; Disposicional.	<i>Coping</i> racional Evitamento Desligamento Emocional
<b><i>Preliminary Strategic Approach to Coping Scale</i></b> Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath & Monnier (1994)	34 itens; Likert - ? pontos; Teórico e empírico; Disposicional; Baseado no modelo de <i>coping</i> de duplo-eixo (Hobfoll et al. 1994); os dois eixos representam dimensões de estratégias gerais de <i>coping</i> : pro-social vs. antissocial e ativo vs. passivo.	Ação assertiva União social Ação agressiva Procura de apoio social Ação cautelosa Evitamento Ação antissocial Ação instintiva

Tabela 1.1 (Cont.)

Questionário	Formato	Tipos de <i>coping</i>
Autores (Versão em língua portuguesa)	Método de construção dos itens Natureza do <i>coping</i> Outras características	
<b>Brief COPE</b> Carver, 1997 (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)	28 itens; Likert – 4 pontos; Redução do COPE.	<i>Coping</i> ativo Planeamento Uso de apoio instrumental Uso de apoio emocional Religião Reinterpretação positiva Autoculpabilização Aceitação Expressão de sentimentos Negação Autodistração Desinvestimento comportamental Uso de substâncias (medicamentos/álcool) Humor
<b>Proactive Coping Inventory (PCI)</b> Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum & Taubert (1999) (Marques, Lemos, Greenglass, 2004)	55 itens; Likert – 4 pontos Empírico e teórico; Disposicional; Baseado na teoria do <i>coping</i> proativo (Greenglass et al., 1999)	<i>Coping</i> proativo <i>Coping</i> reflexivo Planeamento estratégico <i>Coping</i> preventivo Procura de apoio instrumental Procura de apoio emocional <i>Coping</i> de evitamento
<b>Mainz Coping Inventory (MCI)</b> Krohne et al. (2000)	10 itens; resposta de escolha forçada (sim/não) perante 8 hipotéticos cenários ansiógenos, quatro representando ameaças ao Ego (falar em público, fazer um exame, entrevista de emprego, erro no trabalho) e outros quatro ameaças físicas (ida ao dentista, aproximação de grupo suspeito, condutor inexperiente em estrada difícil, voo turbulento) Teórico; Baseado no modelo dos modos de <i>coping</i> (Krohne, 2002); Disposicional; Na versão inicial, em língua alemã, o questionário continha 18 atos de <i>coping</i> ; na versão atual, os autores reduziram para 10.	Vigilante Evitamento cognitivo



Tabela 1.1. (Cont.)

Questionário Autores (Versão em língua portuguesa)	Formato Método de construção dos itens Natureza do <i>coping</i> Outras características	Tipos de <i>coping</i>
<b>Emotional Approach Coping Scale (EACS)</b> Stanton, Kirk, Cameron & Danoff-Burg (2000)	Itens; Likert – 4 pontos Teórico e empírico: itens retirados do questionário COPE; Disposicional e situacional; Baseado em teorias funcionalistas da emoção (identificação, processamento e expressão das emoções).	Processamento emocional Expressão emocional Contaminação pela angústia Busca de apoio social <i>Coping</i> focado nos problemas Desinvestimento pelo álcool e drogas Evitamento Humor Religião
<b>Coping Schemas Inventory-Revised (CSI-R)</b> Wong, Reker & Peacock, 2006	72 itens; Likert – 5 pontos Teórico e empírico; Disposicional; O conceito de esquema de <i>coping</i> designa representações mentais sobre que estratégias funcionam melhor em dada situação. Trata-se de um esquema cognitivo de objetivos construído com base em experiências prévias. Os esquemas de <i>coping</i> são ativados pelo processo de avaliação secundária e asseguram a congruência do <i>coping</i> quer com a realidade da causa de stresse (exigências e recursos), quer com a sua natureza e com o contexto cultural.	Situacional Autorreestruturação Emocional ativo Emocional passivo Significado Aceitação Religião Apoio social Redução da tensão

(2) a indefinição das situações stressoras relativamente às quais os sujeitos declaram as estratégias de *coping* usadas, as quais podem ser interpretadas de formas tão díspares que inviabilizam a comparação entre as estratégias de *coping* das diferentes pessoas (e pode até acontecer que algumas delas não considerem as situações propostas como geradoras de stress); (3) descrições estreitas e vagamente enunciadas das opções genéricas de *coping* propostas pelos questionários padronizados, que podem não respeitar a especificidade dos domínios stressores em estudo, e que podem ser interpretadas de várias formas pelos sujeitos; (4) a confusão entre estratégias de *coping* e os seus resultados desejados, subjacente ao enunciado de alguns itens; (5) a potencial reduzida fiabilidade da recordação retrospectiva dos atos de *coping* (sobretudo quando o tempo de recordação é mais longo, como por exemplo um mês); (6) a difícil e controversa a interpretação dos resultados pelos investigadores, em função dos pontos anteriores (Coyne & Gottlieb, 1996); (7) o tamanho excessivo das estratégias listadas (e que muitas vezes conflitua com a necessidade de estudar uma variedade menor de comportamentos de *coping*); (8) a dificuldade de interpretação dos atos de *coping* em função das escalas de resposta (Folkman & Moskowitz, 2004); (9) a descrição genérica dos itens, que pode funcionar melhor para as estratégias focalizadas nas emoções, uma vez que estas são universais, mas não tanto com as estratégias focalizadas nos problemas, que são mais específicas das situações stressoras (Costa et al., 1996); (10) a probabilidade de que, no contexto de uma dimensão de *coping*, o recurso a umas estratégias específicas exclua ou diminua a necessidade de usar outras (Stone & Neale, 1984 como citado em Latack & Havlovic, 1992).

A grande difusão no uso de questionários terá atrasado o progresso na investigação aplicada na área do *coping* (Costa et al., 1996). Com efeito, as limitações acima apontadas ao uso de questionários podem inclusivamente atentar contra uma melhor compreensão teórica dos processos de *coping* que se pretendem avaliar. Considerando isto, impõe-se a questão: então, porque são tão usados os questionários para avaliar o *coping*? Três grandes razões se nos afiguram: (1) os questionários são um método conveniente e económico de recolher informação (Dewe et al., 2010); (2) permitem descrições multidimensionais de estratégias de *coping* relatadas pelas pessoas (Folkman & Moskowitz, 2004); e (3) são a melhor opção para estudos com populações numerosas.

Tal como outros autores (Dewe et al., 2010; Coyne & Gottlieb, 1996), pensamos que a solução não passa nem por abandonar os questionários, nem por os substituir por outros mais refinados ou sofisticados, mas sim pela sua utilização como instrumento inicial de uma mais profunda avaliação do *coping*, que passe justamente por a complementar com metodologias qualitativas e descritivas, como as entrevistas. Costa et al. (1996) sugerem mesmo que a entrevista semiestruturada é possivelmente a melhor forma de explorar mecanismos específicos de *coping*. Reservamos para o Capítulo 2.3 a enumeração das melhorias indicadas pela literatura para a avaliação do *coping*.

## 1.5. O que faz o *coping*?

Ao falar do *coping*, é necessário distinguir o que as pessoas fazem de concreto, daquilo que são os resultados da sua ação. Em muitas ocasiões a literatura considera indistintas o que na realidade são variáveis separadas. Segundo Latack & Havlovic (1992), a definição avançada por Pearlin & Schooler (1978) é o clássico exemplo da confusão entre as ações de *coping* e os resultados do *coping*, na medida em que integra na operacionalização do conceito critérios de eficácia, ao apresentá-lo como o que as pessoas fazem para prevenir, controlar ou evitar o mal-estar emocional. Na realidade, o *coping* pode não só ser ineficaz, como ainda contribuir para aumentar o mal-estar emocional, seja a curto, seja a longo prazo (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, importa diferenciar o *processo* de *coping* do *resultado* do *coping*, ao que a literatura habitualmente se refere como *coping versus* eficácia do *coping*.

Enquanto processo, o *coping* pode ser analisado de duas maneiras. As duas perspetivas não são exclusivas entre si, e a primeira pode inclusive ser entendida no âmbito da segunda. Uma, entendendo-o como a expressão de ações determinadas por um encontro específico de stresse, em que se analisam fenomenologicamente os mecanismos acionados pela pessoa. Corresponderá, grosso modo, a responder à questão: o que faz esta pessoa nesta situação de stresse? De algum modo, todas as possíveis respostas a esta questão foram equacionadas nos três capítulos anteriores. Outra, entendendo-o como a manifestação dos processos de autorregulação da pessoa.

A autorregulação designa a capacidade do organismo humano modificar o seu próprio comportamento, ultrapassando e reprimindo pensamentos, emoções, impulsos indesejáveis e comportamentos habituais e automáticos por forma a recuperar o controlo; por isso, é amiúde entendido como sinónimo de autocontrolo (Baumeister & Vohs, 2007; Gailliot, Mead & Baumeister, 2008). Baumeister & Vohs defendem que a autorregulação envolve *objetivos* ou *padrões* que orientam a mudança, *monitorização* para comparar o comportamento presente com o padrão, *força* ou *energia* para empreender as operações de mudança necessárias, e *motivação*, para atingir o padrão ou objetivo (mesmo na presença dos restantes ingredientes, a ausência desta última precipita o falhanço da autorregulação). Carver & Scheier (1985; Carver, Scheier & Fulford, 2008) propõem um dos mais referenciados modelos psicológicos da autorregulação, o qual se baseia na ideia de que o comportamento humano se organiza em torno da busca de objetivos, sendo a autorregulação o processo de alcançar esses objetivos. Tais objetivos podem assumir importâncias díspares em função da sua organização hierárquica (uns são mais importantes de outros, uns dependem de outros) e funcionam como valores de referência (padrões) para dois tipos de processos de *feedback*, um de redução da discrepância (entre o objetivo e o comportamento) e outro de ampliação da discrepância (entre o comportamento e um “anti-objetivo”, ou seja, um valor de referência a evitar, como uma ameaça). No fundo, a autorregulação consiste em reduzir a discrepância entre o estado atual e o estado desejado ou em aumentar a discrepância entre o estado atual e um padrão indesejável. São estes dois processos de *feedback* que regulam o comportamento e o afeto das pessoas. A definição do afeto ocorre num nível paralelo àqueles processos, e reflete a competência do sistema comportamental na prossecução dos mesmos. Ou seja, se o sistema comportamental (ou de ação) estiver a desempenhar bem a sua função, surge uma sensação de confiança, caso contrário surgirá uma sensação de dúvida. São estes resultados da monitorização do comportamento e dos processos de *feedback* que *coloram* o afeto, em paralelo com a regulação do comportamento. Com efeito, quando os sistemas de confrontação reduzem a discrepância,

fazendo a pessoa progredir na direção dos seus objetivos desejados, ou os sistemas de evitamento aumentam a discrepância, afastando-a dos anti-objetivos indesejáveis, surgem sentimentos positivos. Se a discrepância para o padrão desejado não é diminuída, ou a discrepância para o padrão indesejado não é aumentada, surgem sentimentos negativos. Carver et al. (2008) salientam que o afeto difere consoante as tendências do comportamento: na confrontação, o afeto varia entre a depressão e a exaltação, enquanto no evitamento ele varia entre a ansiedade o alívio. Em termos práticos, a autorregulação

envolve um vasto conjunto de processos, entre os quais esforços para iniciar, terminar ou atrasar, modificar a forma ou o conteúdo, modular a quantidade ou intensidade de pensamentos, emoções, comportamentos ou reações fisiológicas, ou redirecionar pensamentos e comportamentos para um novo objetivo (Compas et al., 2001, p. 89).

A autorregulação tanto tem a ver com a ação e o comportamento conscientes, intencionais e dirigidos para um objetivo (Hagger, 2010), como com processos inconscientes, sendo que na maior parte das vezes ambos atuam conjuntamente (Gailliot et al., 2008). A autorregulação não implica apenas processos psicológicos, mas envolve também mecanismos neurobiológicos; se por um lado isso contribui para uma certa indefinição conceptual do seu âmbito, por outro enriquece a sua compreensão. Em última análise, a definição desta área de estudo dependerá do âmbito dos processos considerados: alguns autores centram-se em processos estritamente voluntários (muito ligados ao córtice préfrontal e ao cíngulo anterior, portanto mais *conscientes*), enquanto outros se interessam mais pelos processos involuntários, mais *inconscientes* e subcorticais (Eisenberg, Valiente & Sulik, 2009). A investigação dos processos neurobiológicos subjacentes à autorregulação interessa-se sobretudo pelas regiões cerebrais nela envolvidas, principalmente pela interferência negativa da ineficácia de algumas estruturas neuronais na autorregulação comportamental, e pelo papel da glicose nos processos de autorregulação, porquanto seja ela o correlato bioquímico da energia necessária aos mesmos (Gailliot et al., 2008). Poucos autores arriscaram uma leitura da autorregulação na abrangência e complexidade dos seus diferentes níveis de integração, do neurobiológico ao socioafetivo, como o fez Mota Cardoso (2001). Investigando os determinantes da doença da *pessoa em situação*, Mota Cardoso sintetiza e integra o *zeitgeist* dos dados empíricos nas áreas das neurociências, vinculação, emoção, stresse, autorregulação, psicossomática e alexitimia, salientando a função organizadora da comunicação e relação interpessoal na integração de todos aqueles processos. Em termos neuroanatômicos, o autor situa o “zénite estrutural” (p. 50) da autorregulação no córtice orbitofrontal, quer pela sua localização (entre o córtice e o subcórtice, com afluições e efluências com estruturas sensorio-somáticas, límbicas e corticias), quer pelas suas funções (na regulação da memória, emoção, motivação, relações interpessoais, ativação autonómica e funcionamento neuroendócrino). Em termos funcionais, a capacidade de autorregulação, não sendo inata, é desenvolvida *vis a vis* com a maturação do córtice orbitofrontal, a qual decorre entre os 12 e os 18 meses de vida, e é condicionada pela regulação interpessoal (diádica, entre bebé e mãe, e de natureza corporal e socioafetiva) empreendida no contexto da vinculação. Assim, as relações precoces de vinculação desempenham um papel decisivo na formatação da capacidade de autorregulação neurobiológica, que virá a ser posta à prova ao longo da vida pelos encontros de stresse. Esta integração teórica proposta por Mota Cardoso destaca a interdependência entre relação interpessoal, funcionamento neurobiológi-

co e funcionamento mental, da qual depende a autorregulação e, em última análise, a saúde individual. Com efeito, a autorregulação é a “constante homeocinésica” de que depende a “capacidade «deformante» do *stress* [sic] ou o «ponto de ruptura» [sic] do sujeito (Mota Cardoso, 2001, p. 44). É imediato questionar esta quase sobreposição concetual entre a autorregulação e o *coping*: serão conceitos diferentes para um mesmo fenómeno?

Não só os conceitos de autorregulação e *coping* apresentam grande proximidade conceptual, como de facto ambas as literaturas partilham temas semelhantes, e até coincidentes (por ex., distinção entre controlo voluntário e esforçado, e controlo inconsciente e reativo; Eisenberg et al., 2009). Alguns autores, aliás, consideram-nos mesmo conceitos praticamente equivalentes, tal como Compas et al. (2001), que definiram o *coping* enquanto esforços conscientes e voluntários para regular a emoção, cognição, comportamento, fisiologia e ambiente, em resposta a situações stressoras. Ou seja, *o coping é a autorregulação em contexto de stress*. Utilizámos atrás o advérbio *praticamente*, uma vez que os conceitos não são, de facto, equivalentes: a autorregulação aplica-se a todas as situações de vida dos indivíduos, ao passo que o *coping* se refere apenas ao stress e adversidade. No entanto, ao falarmos de *coping* – na medida em inclui esforços para lidar com as emoções, expressão, reações fisiológicas, para coordenar comportamentos motores, atenção, cognição, e reações dos ambientes sociais e físico (Eisenberg et al., 2009) – estamos a falar essencialmente de autorregulação. Carver et al. (2008, p. 725) declararam mesmo que o *coping* é o esforço de autorregulação em “*times of duress*”. “O *coping* descreve como as pessoas mobilizam, modulam, manejam, e coordenam múltiplos aspetos do *self* sob stress” (Aldwin, Skinner, Zimmer-Gembeck & Taylor, 2011, p. 561). *Coping* e autorregulação são, assim, conceitos coincidentes porque ambos traduzem a tentativa das pessoas lidarem com as “dificuldades em fazer o que querem fazer, em serem quem querem ser, ou em manter a sua realidade ordenada da maneira que elas querem” (Carver et al., 2008, p. 725). Como afirmam Aldwin et al. (2011, p. 564),

*o coping é um conceito organizador e envolve a regulação de todos os aspetos do self que são influenciados pelo stress, incluindo a fisiologia, emoção, comportamentos, cognição, motivação, e atenção, assim como tentativas para influenciar o ambiente, incluindo as ações, pensamentos e emoções dos outros”.*

Neste sentido, o que o *coping* faz é autorregulação em encontros de stress.

O resultado do *coping* prende-se com o sucesso ou insucesso na adaptação a uma circunstância adversa. Nesta perspetiva, o *coping* existe para manter o equilíbrio e harmonia pessoal, salvaguardar o bem-estar, promover a saúde e evitar a doença. Os indicadores da eficácia do *coping* são muitos: ajustamento psicológico, sintomatologia psicopatológica (depressão, ansiedade), sintomatologia física, rendimento. Amiúde, a forma como lidamos com os problemas e adversidades da vida resulta em algo mais do que apenas a regulação homeostática do nosso bem-estar e a defesa da nossa saúde, contribuindo para a mudança e desenvolvimento pessoal.

A investigação científica tem dedicado pouca atenção a outra importante consequência do *coping*, que é a sua participação no desenvolvimento pessoal. Trata-se de uma área de estudo ainda recente, sem uma denominação fixada e consensual, e portanto objeto de variadas designações: crescimento pós-traumático, crescimento relacionado com o stress, prospe-

ridade, florescimento, percepção de benefícios no stresse, descoberta de benefícios, mudanças psicológicas positivas, construção de benefícios, descoberta de significado, entre outras (Aldwin, 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004). Todos estes processos representam uma *mudança para melhor* decorrente dos encontros de stresse. Grande parte da literatura nesta área provém de estudos com sobreviventes de acontecimentos traumáticos (principalmente, cancro), donde a designação mais comum de crescimento pós-traumático. Tedeschi & Calhoun definem-no como uma mudança psicológica positiva que resulta do embate com circunstâncias de vida adversas e muito desafiadoras. Os autores identificam cinco tipos de crescimento pós-traumático: maior apreciação da vida, relações interpessoais mais significativas, maior sensação de força pessoal, mudança nas prioridades, e uma vida existencial e espiritualmente mais rica. O crescimento pós-traumático não deve ser confundido com conceitos similares e vizinhos, mais relacionados com as características pessoais, como a resiliência, personalidade resiliente (*hardiness*), otimismo ou sentido de coerência. Com efeito, estes últimos são recursos que apenas protegem os indivíduos dos encontros de stresse, enquanto o crescimento pós-traumático representa sempre uma mudança que ultrapassa a mera capacidade de resistência: “envolve um movimento para além dos níveis de adaptação pré-trauma (...) [e] tem uma qualidade de transformação, ou uma mudança qualitativa no funcionamento (Tedeschi & Calhoun, 2004, p. 2). Janoff-Bulman (2004) propôs três modelos explicativos do crescimento pós-traumático, que não sendo exclusivos entre si, podem traduzir três processos diferentes de mudança: (1) *força através do sofrimento*, que se traduz em maior autoconfiança, desenvolvimento de novas aptidões de *coping* e de novas possibilidades (a autora faz um paralelo com a força física: também a força psicológica se desenvolve quando somos psicologicamente desafiados); (2) *preparação psicológica*: as pessoas ficam melhor preparadas para lidar com stressores posteriores e são menos afetados por eles (ou seja, ficam psicologicamente mais prevenidas); e (3) *reavaliação existencial*, à luz da qual as pessoas apreciam mais a vida, a relação com os outros e se sentem espiritualmente mais ricas. Inicialmente, Aldwin (1994) propôs definir estes processos enquanto função transformacional do *coping*, por oposição à função homeostática, de restabelecimento do bem-estar e da saúde. A literatura, porém, não aderiu a essa denominação genérica, além de que a própria autora veio a optar por outra designação, a de crescimento relacionado com o stresse, uma vez que este é mais abrangente, incluindo outros tipos de mudança e desenvolvimento para além do crescimento pós-trauma (Aldwin, 2007). Com efeito, Aldwin (2007) reviu a designação de *coping* transformacional com base em outras cinco razões: (1) nem todo o crescimento é transformacional; (2) o crescimento relacionado com o stresse pode ocorrer a partir de outros acontecimentos que não os traumáticos, como os stressores cotidianos; (3) nem sempre a pessoa que se desenvolve necessita de ser o objeto da transação de stresse, uma vez que se observam acontecimentos de crescimento vicariante; (4) mesmo a mudança transformacional necessita de desenvolvimento suplementar para se solidificar; e (5) muita da literatura nesta área não incide sobre acontecimentos traumáticos, mas sobre outros acontecimentos stressores. Por nós, julgamos que a designação *transformacional* encerra méritos que desaconselham o seu abandono, sobretudo por causa da unidade e consistência teórica da obra de Aldwin (1994; 2007) na afirmação do stresse e do *coping* como fenómenos desenvolvimentais e transformacionais. Além de oferece uma sustentação filosófica, religiosa e psicanalítica a favor das implicações desenvolvimentais do stresse e do *coping*, Aldwin sintetiza os argumentos empíricos que indiciam ser o stresse um ímpeto de desenvolvimento psicológico, neuroendócrino e imunitário. Nós próprios tivemos oportuni-

de de ensaiar uma compilação de dados teóricos que sustentam a ideia de que o stresse é um contexto (uma oportunidade) de mudança e o *coping* o instrumento dessa mudança, dessa transformação, em favor do desenvolvimento pessoal; esses argumentos provinham de modelos teóricos do stresse (no trabalho), da investigação neuroendócrina, da prática clínica (quer da nossa própria prática psicoterapêutica, quer do paradigma do treino de inoculação ao stresse), da psicopatologia descritiva (sobretudo, da ideia de crise enquanto período de transformação), das teorias desenvolvimentais (como a ericksoniana e a piagetiana), e da psicopatologia do desenvolvimento (Ramos, 2005, 2008a). É também nossa convicção que o stresse moderado do dia-a-dia pode ser um contexto em que as pessoas negociam a sua transformação e desenvolvimento pessoal, por via do *coping*. A participação do stresse e do *coping* no desenvolvimento humano assume importância capital; com efeito,

nenhuma consideração do desenvolvimento é completa sem a consideração de como os indivíduos respondem ao stresse, e de como as suas tentativas para se adaptar à adversidade, dominar o desafio, e lidar com o falhanço cumulativamente os muda para o melhor ou o pior (Skinner e Edge, 1998, p. 357).

Podemos assim concluir que o *coping* contribui para as pessoas aprofundarem o seu autoconhecimento, para realizarem aprendizagens e adquirirem competências, e para aprimorarem e reforçarem o seu domínio sobre os diferentes ambientes de vida (Aldwin, 1994). A mudança (transformacional, desenvolvimental) proporcionada pelo *coping* reflete-se na inoculação ao stresse, no aumento da mestria e da competência, nas mudanças de perspectiva e de valores pessoais, no fortalecimento de laços sociais e no desenvolvimento espiritual (Aldwin, 2007). De todas as variáveis que podem predizer o desenvolvimento pessoal resultante dos encontros de stresse, o *coping* é de longe a mais forte. Em concreto, as estratégias de *coping* focadas no problema, de reavaliação cognitiva, de descoberta de significado e de recurso à religião (exceto para fins de negação) são aquelas que empiricamente mais se associam ao desenvolvimento pessoal relacionado com o stresse (Aldwin, 2007). Concluindo, o que o *coping* faz, em termos de resultados, não é apenas salvaguardar a saúde e o bem-estar, mas também contribuir para o desenvolvimento pessoal.

Em síntese, o *coping* é o conjunto dinâmico de esforços comportamentais, cognitivos e emocionais em que as pessoas se envolvem para lidar com condições adversas, que perturbam o seu equilíbrio e bem-estar. O *coping* é comandado pelas características da personalidade, mas determinado também pelas características da situação stressora. Apesar dos atos de *coping* serem virtualmente incontáveis, dados os diferentes significados das transações de stresse e a multiplicidade de combinações entre eles, existem, em essência, dois tipos, que representam dois sentidos da postura psicológica das pessoas perante os encontros de stresse: *coping* de confrontação e *coping* de evitamento. O primeiro pressupõe comportamentos dirigidos ao ambiente, assim como esforços de autorregulação emocional, enquanto o segundo implica um afastamento e fuga relativamente ao agente perturbador. No que aos processos do *coping* diz respeito, eles representam a autorregulação em ação. Os resultados do *coping* podem ser não apenas a adaptação, e portanto um ajustamento de natureza homeostática da saúde e bem-estar pessoal, mas também a transformação, pelas aprendizagens que ele pro-

porciona e o desenvolvimento pessoal que motiva. A avaliação empírica do *coping* tem sido feita essencialmente por meio de questionários de autorresposta, apesar do grande debate crítico na literatura, em virtude da insatisfação com os seus resultados. Mais recentemente, tem-se apelado a um maior uso de estratégias qualitativas de medição do *coping*, que de forma mais fiel podem refletir a sua múltipla realidade.



## 2. *Coping* no trabalho

O *coping* no trabalho representa tão-somente a delimitação do estudo do *coping* a um domínio específico da vida das pessoas, que é o trabalho. De resto, a definição de *coping*, os seus aspetos concetuais e até as controvérsias teóricas são precisamente as mesmas daquelas enunciadas nos títulos precedentes do capítulo anterior. O que muda então? Basicamente, dois processos: a natureza das causas de stresse, circunscritas ao trabalho (ou à sua relação com a vida do trabalho), e a definição da eficácia do *coping*, que não se refere apenas à manutenção do bem-estar e à prevenção da doença, mas também à qualidade do desempenho e rendimento profissionais. O presente capítulo centra-se unicamente nas questões específicas do *coping* no contexto do trabalho, uma vez que as questões genéricas e comuns a todas as áreas de vida das pessoas foram já abordadas no capítulo anterior. Assim, começamos por fazer um breve enquadramento histórico do conceito de *coping* no trabalho, para de seguida nos determos nos seus aspetos teóricos e metodológicos, e especialmente nos fatores psicossociais do trabalho que o antecedem, e na sua consequência maior, a saúde no trabalho.

O interesse pelo papel do *coping* na saúde dos indivíduos no trabalho é relativamente recente, posterior ao interesse pelos efeitos do stresse ocupacional sobre a saúde individual e o rendimento organizacional, e ainda minoritário comparativamente ao último. É curioso notar como esta mudança replica o sucedido na história geral do estudo do stresse e do *coping*, com o interesse pelo primeiro a proceder o interesse pelo segundo. Se podemos situar na década de 80 do século passado o despontar desse interesse, é só na década seguinte que ele começa a ocupar um lugar central na investigação em psicologia e nas práticas de gestão e de saúde ocupacional. Em 1990, o NIOSH (*National Institute of Occupational Safety and Health*) e a APA<sup>2</sup> (*American Psychological Association*) elegeram o trabalho e o bem-estar enquanto agenda nacional norte-americana para os anos noventa. Em 1993 realizou-se na Europa uma conferência intitulada *Stress at work: A call for action* que envolveu políticos, confederações patronais e sindicais, e investigadores na discussão de estratégias para enfrentar o fenómeno do stresse no trabalho, então em crescente expansão. Uma das decisões tomadas resultou no primeiro levantamento dos números do stresse e do *burnout* entre trabalhadores europeus (Paoli, 1997 citado por Kompier & Cooper, 1999), com 28% dos mesmos a reportarem o stresse como um problema de saúde relacionado com o trabalho.

Em Portugal, o stresse no trabalho começou a ser abordado esparsamente na década de 1980. O momento inaugural da sua divulgação científica e social mais sistematizada foi o Congresso Nacional do *Stress*, promovido pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra, da Universidade de Coimbra, e realizado em Novembro de 1987 nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Neste congresso, e na subsequente edição especial a ele dedicada da revista *Psiquiatria*

*Clínica*, contaram-se já algumas comunicações sobre o stresse no trabalho e sobre o *coping*, ainda que este último não especificamente relacionado com o trabalho. É sobretudo na década de 90 do século passado que o stresse no trabalho assume um significativo destaque social em Portugal (excluímos desta breve revisão histórica a produção académica universitária). O Professor Doutor Luís Graça, da Escola Nacional de Saúde Pública (Lisboa), assume algum pioneirismo na divulgação do tema, através da compilação e centralização de informação relacionada com o stresse e a saúde no trabalho na sua página institucional da internet. Em 1996, o Professor Doutor Rui Mota Cardoso, da Universidade do Porto, funda, juntamente com outros colegas médicos psiquiatras, médicos do trabalho e psicólogos, o Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (IPSSO), sediado na vila do Caramulo. O IPSSO foi a primeira (e única, até à data) instituição privada sem fins lucrativos, e não universitária, destinada à investigação e à intervenção (clínica, formativa e de consultoria) na área do stresse no trabalho. Concretizando uma das suas missões nucleares, o IPSSO realizou no ano 2000 o primeiro estudo nacional (e único, até à data, além de um dos únicos três a nível mundial, até então) sobre o stresse num grupo profissional específico, no caso o dos professores (Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002). O primeiro livro português especificamente dedicado ao stresse no trabalho (e único, até à data) é publicado já no início do presente século (Ramos, 2001). Em 2003 é constituído o primeiro (e único, até à data) serviço de prevenção de riscos psicossociais no trabalho numa instituição pública, o Instituto Português de Oncologia do Porto (Coelho, 2011). Também desde os anos 1990, o organismo estatal diretamente relacionado com a saúde no trabalho (primeiro o IDICT, Instituto para o Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho, e atualmente o ACT, Autoridade para as Condições do Trabalho), sob a égide da Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, de que é ponto focal nacional, tem divulgado informação relativa ao stresse e aos riscos psicossociais no trabalho. Atentando na quádrupla utilização da expressão *única, até à data*, pode-se constatar como é esta uma área de estudo e intervenção claramente recente e ainda *verde* no panorama português. Por outro lado, atendendo a essas mesmas realizações, pode-se constatar igualmente que o panorama nacional não se encontra assim tão desfasado do internacional.

No que respeita à investigação, o estudo do *coping* no trabalho está ainda na sua infância (Burke, 2002), embora represente já o *zeitgeist* do estudo da saúde relacionada com o stresse no trabalho. Dewe (2001) identifica quatro etapas históricas na investigação do stresse no trabalho, cada uma traduzindo uma ênfase diferente sobre o objeto de estudo. A primeira etapa, por ele designada de *etapa dos componentes*, caracterizava-se pelo interesse na identificação e descrição dos stressores (situações indutoras de stresse) e das respostas de stresse. Na segunda etapa (*relação*), os investigadores pretendiam sobretudo estudar a relação entre as causas organizacionais de stresse e as respostas de stresse. A terceira etapa, a da *moderação*, elegeu como aspeto central de estudo as variáveis que moderam a relação causa de stresse-resposta de stresse. Por fim, a quarta e atual etapa (*transacional*) interessa-se pelo estudo do *coping*, enquadrado no modelo transacional do stresse e do *coping* de Lazarus (1991, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). É de realçar este aparente atraso com que a investigação do stresse no trabalho parece ter adotado o modelo transacional como referência teórica de base. Duas razões o podem justificar, uma de ordem teórico-empírica, outra de ordem prática. A razão teórico-empírica prende-se com a natureza da investigação. A tónica colocada na descrição objetiva das causas de stresse relegou para segundo plano o estudo do papel dos aspetos

emocionais e cognitivos nos processos de stresse no trabalho (Perrewé & Zellars, 1999). Por seu lado, também a ênfase no estudo das variáveis moderadoras poderá ter obscurecido o papel ativo do *coping*, remetendo-o para a categoria de “dispositivo explicativo” (Dewe, 2001, p. 68). Dewe dá o exemplo da idade: imaginando que a idade moderava a relação entre causas de stresse e saúde, não seria natural para os investigadores sugerirem que as pessoas mais velhas talvez lidassem com o stresse de maneira diferente das mais novas. A idade como explicação era aceite e dispensava o estudo do papel do *coping* como variável moderadora. A segunda razão, de natureza mais prática, prende-se com a utilidade dos resultados empíricos derivados de uma perspetiva intra-individual, como pode ser considerada a abordagem transaccional. Com efeito, os processos mentais individuais são menos *maneáveis* para os responsáveis pelo desenho e organização do ambiente de trabalho, ao passo que a informação relativa à exposição ao ambiente de trabalho é mais promissora para efeitos de intervenção organizacional (Schaubroeck, 1999). O argumento de que o stresse e o *coping* são essencialmente processos individuais pode, no limite, contribuir para dispensar as organizações do envolvimento nas estratégias preventivas e de gestão tendentes à diminuição do primeiro e ao reforço do segundo. No entanto, considerar esses aspetos não é incompatível com a definição objetiva de aspetos stressores no ambiente de trabalho que possam ser melhorados. Aliás, um dos desafios da investigação sobre o *coping* no trabalho é justamente a conjugação de medidas objetivas das causas de stresse com a avaliação subjetiva das mesmas pelos indivíduos. Com efeito, “para compreender a experiência do stresse no trabalho devemos considerar o ambiente, tanto objetivo como subjetivo, que o indivíduo encontra (i.é., potenciais causas de stresse ocupacional e a sua magnitude)” (Burke, 2002, p. 97). Em suma, a aparente reduzida aplicabilidade de uma perspetiva individual dos processos do stresse poderá ter contribuído fortemente para o atraso com que a investigação se veio a interessar pelo papel do *coping* nos contextos organizacionais do trabalho e da saúde ocupacional.

A investigação sobre o *coping* no trabalho – portanto, assumindo-o como variável mediadora ou moderadora da relação causas de stresse/consequências de stresse, ou como variável independente da saúde, bem-estar e rendimento – tem seguido genericamente duas linhas de estudo: uma, de *caracterização*, que procura identificar as estratégias (sobretudo) e os comportamentos de *coping* mais adaptativas em termos gerais, bem como os mecanismos particulares de *coping* de maior eficácia perante stressores ocupacionais específicos; a outra, de *compreensão* dos processos subjacentes à ação e eficácia do *coping*, quer relativamente à natureza dos seus efeitos (diretos, mediadores ou moderadores), quer aos efeitos interativos com outras variáveis (anteriores ou concorrentes), quer ainda à dinâmica e complexidade da sua evolução no decurso dos encontros de stresse. Atualizaremos adiante (Subcapítulo 2.2.2) as descobertas e conclusões empíricas mais significativas relativamente ao *coping* no trabalho. Antes, porém abordamos três aspetos teóricos essenciais: a sua eficácia, as condições que concorrem para a sua escolha e execução, e a forma como é avaliado. Desde logo, a eficácia do *coping* não pode ser separada da sua consequência mais importante, que é a saúde no trabalho, cujo conceito e processos debatemos no Capítulo 2.2. Note-se que assumimos o rendimento no trabalho como uma das manifestações de saúde individual *tout court*. Dispensamo-nos de lhe dedicar o espaço e o aprofundamento teórico que uma variável dependente por direito próprio exigiria (por muito que consideremos essa abordagem pertinente, sobretudo do ponto de vista organizacional e financeiro). As condições que influenciam a escolha e a

eficácia do *coping* no trabalho referem-se aos recursos pessoais e sociais de que os trabalhadores se socorrem para lidar com o stress ocupacional. Destacamos aqueles recursos que emanam do trabalho no Capítulo 2.1, a propósito da discussão dos fatores psicossociais do trabalho. Antes, revemos genericamente outros fatores antecedentes ou determinantes do *coping* no trabalho. Começamos, porém, por debater a avaliação do *coping* no trabalho.

Não se pode separar a questão da avaliação do *coping* da questão da sua definição conceptual. Ao rever a investigação do *coping* no trabalho entre os anos 1970 e 1990, Latack & Havlovic (1992) verificaram que muitos investigadores definiam de modo impreciso o conceito de *coping*, chegando em alguns casos a deixar ao leitor a tarefa de inferir a sua definição. Latack & Havlovic alertavam ser a clareza da definição do conceito indispensável para a especificidade e compreensibilidade da sua avaliação. Ao discutir estes dois temas, os autores reproduziam as mesmas questões havidas no campo mais vasto do estudo do *coping*, a que aludimos já no Capítulo 1 (*coping* e eficácia do *coping*, e esforços *versus* estilos *versus* recursos de *coping*), mas acrescentavam um outro critério decisivo, no que ao *coping* no trabalho especificamente diz respeito: para aumentar a sua especificidade conceptual, as estratégias de *coping* avaliadas necessitam de possuir aplicabilidade em termos de gestão organizacional do stress. Ou seja, os itens que descrevem estratégias de *coping* constantes dos questionários de avaliação devem possuir utilidade em termos de estratégias de intervenção a desenvolver nas organizações. Só dessa forma, os responsáveis pela governação e gestão das mesmas poderão empreender adequadas medidas de gestão do stress e de suporte ao *coping* no trabalho. Este argumento reforça o anterior relativo aos riscos de uma conceção marcadamente individual do *coping*.

A avaliação do *coping* no trabalho tem sido maioritariamente realizada por meio de questionários (*checklist*). Os investigadores têm usado três tipos de questionário: gerais, adaptações dos questionários gerais, e, em muito menor número, questionários específicos sobre o *coping* no trabalho. A literatura é escassa a propósito destes últimos, identificando-se apenas dois: o questionário proposto por Latack (1986; versão em língua portuguesa de Pinheiro, Troccoli & Tamayo, 2003) e a *Cybernetic Coping Scale* de Edwards & Baglioni (1993). Qual a razão? Julgamos encontrar não uma, mas cinco razões para uma tão reduzida representação na literatura de questionários especificamente dedicados ao *coping* no trabalho. Em primeiro lugar, a generalidade da investigação que estuda o *coping* no trabalho utiliza questionários gerais. Talvez esta preferência resulte de uma maior segurança no uso de instrumentos previamente validados do ponto de vista psicométrico, por oposição ao maior risco de criar e desenvolver questionários específicos. Muitos investigadores ajustam os questionários gerais existentes através de ligeiras alterações em algumas palavras dos itens; nós próprios, ainda que não utilizando uma escala de *coping*, substituímos o termo *organização* pela palavra *escola* nos instrumentos utilizados num estudo nacional sobre o stress dos professores portugueses (Mota-Cardoso et al., 2002). Em segundo lugar, a comunidade científica parece não ter aderido aos questionários especificamente desenvolvidos para avaliar o *coping* em contexto de trabalho. Por exemplo, apesar da *Cybernetic Coping Scale* apresentar melhores propriedades psicométricas que a WCC, é rara a literatura publicada que a tenha utilizado (Brough, O'Driscoll & Kalliath, 2005). A terceira razão poderá suportar parcialmente as duas primeiras, e prende-se com o facto de ser virtualmente impossível desenvolver um questionário de *coping* no trabalho que cubra *todos* os trabalhos. Com efeito, “não podemos desenvolver medidas especifi-

cas para cada situação de trabalho ou a generalização dos resultados será um problema” (Latack & Havlovic, 1992, p. 501). É também significativo que o questionário proposto por Latack em 1986 procure já definir, nos seus itens, comportamentos de *coping* cuja promoção seja passível de ser integrada nas medidas de gestão (como acima referimos), quando essa mesma sugestão de aprimoramento das escalas de *coping* volte a ser anunciada seis anos depois (Latack & Havlovic, 1992)... Ou seja, as escalas de *coping* no trabalho não *colheram*. Em quarto lugar, muita da avaliação do *coping* no trabalho tem sido realizada por meio de escalas que integram questionários gerais de stresse e saúde ocupacional. Elegemos dois exemplos para ilustrar este facto, os questionários desenvolvidos por Cary Cooper e o COPSQ. A *Occupational Stress Indicator* (OSI; Cooper, Sloan & Williams, 1988) incluía uma escala de *coping*, a par de outras seis escalas: fontes de pressão, comportamento Tipo A, *locus* de controlo, satisfação no trabalho, saúde mental e saúde física. Na sua globalidade, as sete escalas (i.é., o questionário) permitiam avaliar todos os processos de stresse no trabalho, desde as causas, passando pelos mediadores e moderadores, até às consequências. Como é facilmente compreensível, um instrumento desta natureza é muito mais apelativo tanto para o investigador como para o executivo, na medida em que integra uma variedade de dados que a mera utilização de uma escala de *coping* não pode providenciar. Uma década depois, e em função de limitações psicométricas identificadas, a OSI é revista e encurtada, resultando na *Pressure Management Indicator* (PMI; Williams & Cooper, 1998). A PMI mantém as mesmas escalas e acrescenta uma outra, inquirindo sobre a relação com a organização, e reduz o número total de itens (por exemplo, a escala de *coping* reduz de 28 para 17 itens), revelando melhores propriedades psicométricas e uma melhor validade facial, por ser mais curto. A *terceira geração* destas escalas denomina-se ASSET (*A Shortened Stress Evaluation Tool*; Faragher, Cooper & Cartwright, 2004) e trata-se de um instrumento (*online*, pelo menos na sua versão comercial) de auditoria do stresse organizacional. Destina-se a avaliar o risco de stresse na força de trabalho, e inclui apenas a mensuração das causas e das consequências do stresse ocupacional. Tendo em conta a sua função essencialmente prática, de sustentação de medidas de gestão de redução do stresse e promoção da saúde ocupacional, a exclusão da medição do *coping* ganha ainda mais relevo: em termos práticos, avaliar o *coping* parece não ser de grande utilidade. Processo semelhante aconteceu com a COPSQ (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire*; Kristensen, Hannerz, Høgh, & Borg, 2005). A sua segunda versão, e atual, exclui a escala de *coping* que constava da COPSQ I, uma vez que os investigadores raramente a utilizaram (Pejtersen, Kristensen, Borg & Bjorner, 2010). Note-se que o processo habitual de construção deste tipo de escalas passa pelo aproveitamento de itens de questionários existentes, ou seja, o investigador escolhe os itens que julga se adequam melhor à realidade que pretende estudar. Neste sentido, o uso de escalas de *coping* no âmbito de questionários de stresse e saúde ocupacional mais vastos acaba por reforçar a razão aduzida em primeiro lugar. (Além disso, mesmo alguns dos mais representativos *deixaram cair* a avaliação do *coping*...). Em quinto e último lugar, as respostas de *coping* avaliadas acabam por ser agrupadas (teórica ou estatisticamente) nas mesmas categorias com que são agrupadas na literatura exterior ao trabalho (confronto ou envolvimento, evitamento ou desligamento e apoio social). Os investigadores acabam por diferenciar o *coping* do trabalho do *coping* nas restantes esferas de vida através da interpretação de aspetos particulares dessas grandes estratégias de *coping*. Exemplos clássicos são a sugestão de que o apoio social mais eficaz no trabalho é de natureza informativa, ou de que o *coping* focado nos problemas é a regra no que respeita ao stresse no trabalho (por oposição, por exemplo, com o

*coping* em situação de doença). Esta opção oferece ainda a vantagem de permitir comparações mais aproximadas entre o *coping* no contexto de trabalho e o *coping* noutros contextos de vida. Concluindo; se a especificidade do contexto do trabalho faria prever a criação e uso de diferentes instrumentos de avaliação do *coping*, a literatura publicada acaba por demonstrar precisamente o oposto.

Antes de discutirmos a dimensão psicossocial do trabalho (também) como variável antecedente do *coping* (e não apenas enquanto fator gerador de stresse), mencionamos outros determinantes do *coping* no trabalho como a idade, sexo, e características da personalidade. Na literatura geral, os efeitos da idade sobre o *coping* são mistos, com resultados indicando não existirem diferenças atribuíveis à idade (e.g., Folkman & Lazarus, 1980) e outros indicando existirem diferenças claras (e.g., Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987). No domínio do trabalho, a literatura acerca da influência da idade sobre o *coping* é mais escassa, sugerindo que as pessoas mais velhas dispõem de um *coping* mais adaptativo. Por exemplo, Gianakos (2002) verificou que os trabalhadores mais velhos tendem a não evitar nem a resignar-se aos stressores ocupacionais. No entanto, os efeitos da idade sobre o *coping* são melhor compreendidos no âmbito da interação com outros fatores, como o *locus* de controlo, as causas de stresse, e o nível hierárquico e função organizacional (Siu, Cooper, Spector & Donald, 2001), ou a autoeficácia e a agência (*agency*) (Fontes, Neri & Yassuda, 2010). Estes dados sugerem que a idade não influencia significativamente a escolha do *coping* no trabalho. Por exemplo, Mache (2012) não encontrou diferenças estatisticamente significativas no *coping* utilizado por médicos alemães e australianos atribuíveis à idade e aos anos de serviço.

No que respeita ao sexo, as mulheres tendem a lidar com o stresse do trabalho de modo mais emocional e a evitá-lo mais do que os homens, e estes a serem mais racionais e a distanciarem-se mais que as mulheres, apesar da magnitude das diferenças ser moderada a pequena (Matud, 2004). A autora acrescenta ainda que as mulheres são mais afetadas pelo stresse, relatando mais stresse crónico e microstressores e acidentes de vida mais negativos, e mais sintomas somáticos e mal-estar psicológico, dado que faz recuperar a questão clássica lançada por Pearlin & Schooler (1978, p. 15), de saber se esse mais pronunciado mal-estar “é uma consequência não apenas de terem de suportar mais dificuldades, mas também de serem socializadas numa forma que as equipa menos adequadamente com padrões de *coping* eficazes”. Gianakos (2002) confirma este panorama dominante na literatura, do uso preferencial de estratégias de *coping* focado nos problemas e do recurso às redes de apoio social do trabalho por parte dos homens, e do uso preponderante de estratégias de *coping* focado nas emoções e do recurso às redes de apoio social de familiares e amigos por parte das mulheres, ainda que se verifiquem resultados mistos quando se considera a função instrumental do *coping* focado nas emoções. González-Morales, Peiró, & Greenglass (2006) verificaram que as mulheres procuram apoio social mais que os homens, mas que não há diferenças entre os géneros no que respeita à ação direta; constataram ainda que o *coping* de busca de apoio social só é benéfico para as mulheres, enquanto o *coping* de ação direta é mais benéfico para os homens que para as mulheres. Embora não tenham registado grandes diferenças no uso de *coping* de controlo ou de escape entre homens e mulheres, Christie & Shultz (1998) concluem que o *coping* de controlo e o apoio social informativo podem ser mais importantes para os homens, ao passo que o *coping* escapista, o apoio social emocional e o avaliativo podem ser mais importantes para as mulheres. Christie & Shultz afirmam que a literatura oferece reduzido apoio empírico à

diferença entre sexos, uma vez que existem resultados contraditórios. Gianakos (2002) justifica esta contradição nos resultados com a possível confusão entre os conceitos de sexo e de género, que remetem para atributos diferentes: o sexo é biológico, enquanto o género corresponde ao sexo *psicossociológico*, o qual traduz um papel sexual definido pelas estruturas socioculturais e *construído* em função dos sucessos ou insucessos em desempenhos prévios de papéis sociais. Por exemplo, uma mulher pode achar mais apropriado desempenhar um papel masculino na sua ocupação profissional, se ele lhe augurar mais sucesso. Assim, deve-se distinguir homens e mulheres de masculinidade e feminilidade; alguns autores referem-se a pessoas masculinas e femininas (Gianakos, 2000) e outros a papéis sexuais tradicionais e não tradicionais ou liberais (Hobfoll et al., 1994). Gianakos (2002) cita quatro tipos de género: masculino (caracterizado por traços instrumentais, mais voltado para a ação), feminino (maior expressividade e cooperação), andrógino (maior flexibilidade comportamental, caracterizada pela combinação de qualidades instrumentais e expressivas) e indiferenciado (baixa instrumentalidade e expressividade, maior rigidez comportamental e menor socialização). Assumindo que o género possui um valor mais preditivo sobre o *coping* que o sexo, Gianakos (2002) verificou que os homens recorrem ao álcool mais que as mulheres e que estas optam pela ação direta mais que os homens, ao passo que a masculinidade se associa à maior busca de apoio social, pensamento positivo e ação direta, enquanto a feminilidade se relaciona mais com o pensamento positivo e a ação direta. Ao contrário destas estratégias de *coping* de controlo, o *coping* escapista (uso de álcool, evitamento/resignação) não depende do género. Anteriormente, a autora havia já constatado que o género andrógino usa mais a busca de apoio, ação direta e pensamento positivo que o género indiferenciado, que as pessoas masculinas e femininas tendem a usar mais o pensamento positivo que as indiferenciadas, e que as femininas usam mais a ação direta que as indiferenciadas. De novo, Gianakos (2000) não verificou diferenças atribuíveis ao género no que respeita ao uso de mecanismos de *coping* escapistas. Os géneros masculino e feminino mostraram prever estilos de *coping* relacionados com o controlo, enquanto o sexo biológico se revelou fator preditor da ação direta. Hobfoll et al. (1998, p. 76) relatam diferenças modestas, “evidentes mas menores”, atribuíveis ao sexo e ao género: a ação assertiva é mais usada pelas mulheres em situações interpessoais, ainda que os homens com mais mestria usem mais ação assertiva que as mulheres com baixa mestria; a ligação social é mais utilizada pelas mulheres em situações profissionais e pelos papéis sexuais mais tradicionais; a busca de apoio social caracteriza mais as mulheres (tanto em situações interpessoais como profissionais), e não se relaciona com o género; a ação agressiva é mais usada pelos homens em situações profissionais; a ação cautelosa é mais usada pelas mulheres (em ambas as situações estudadas) e relaciona-se também com os papéis não tradicionais; o evitamento é mais usado pelos géneros mais tradicionais em situações profissionais; a ação antissocial é mais usada pelos homens em ambas as situações, e relaciona-se com papéis mais tradicionais; e a ação instintiva é mais usada pelos papéis sexuais não tradicionais. Hobfoll et al. concluem que os homens e as mulheres tradicionais diferem mais nas suas estratégias de *coping*, enquanto os não tradicionais são mais semelhantes na forma como lidam com o stresse no trabalho. As diferenças de género são mais evidentes nuns contextos que noutros (profissionais e interpessoais), o que é visto pelos autores como um dado empírico de suporte ao modelo transacional de Lazarus & Folkman (1984), que destaca a importância das circunstâncias na definição do *coping*. No geral, os autores verificam que as mulheres são mais prossociais mas menos ativas, enquanto os homens usam mais estratégias antissociais e agressivas mas são menos asserti-

vos. No que respeita ao género, as pessoas com orientação mais liberal (e maior mestria) usam mais estratégias de *coping* prossociais e ativas, enquanto as pessoas mais tradicionais (e menor mestria) recorrem mais ao *coping* antissocial e passivo. Hobfoll et al. sugerem mesmo que os homens possuem uma gama de estratégias benéficas de *coping* mais estreita. As diferenças entre sexos no uso do *coping* podem ainda depender da função desempenhada na organização, como o atestam Torkelson & Muhonen (2004) ao verificarem que ao nível hierárquico dos cargos de gestão os homens e as mulheres usam basicamente as mesmas estratégias de *coping* (com exceção da busca de apoio emocional, mais usada pelas mulheres), enquanto nos níveis inferiores se tornam evidentes as diferenças tradicionais associadas ao sexo (os homens usando mais o planeamento e desinvestimento pelo consumo de álcool e drogas, as mulheres usando mais a busca de apoio social emocional e instrumental e a expressão de sentimentos).

O *coping* no trabalho é também determinado pelas características individuais. As pessoas resilientes (elevada *hardiness*) apresentam um estilo de *coping* mais eficaz (mais orientado para a tarefa e menos para as emoções) e envolvem-se em respostas de *coping* mais eficazes, além de confiarem mais nas suas capacidades para lidar com o stress e, por isso, avaliam as situações stressoras menos como ameaças do que desafios (Delahaij, Gaillard & van Dam, 2010). Um estilo atribucional positivo (que interpreta as causas dos acontecimentos positivos como internas, estáveis e globais e as dos negativos como externas, temporárias e situacionais) associa-se com um maior uso de estratégias de *coping* de resolução de problemas e de reestruturação cognitiva e menor uso de evitamento, por comparação com um estilo negativo de atribuições no trabalho (acontecimentos negativos causados internamente, positivos externamente) (Welbourne, Eggerth, Hartley, Andrew & Sanchez, 2007). O *locus* de controlo interno prediz a procura de ajuda e o uso de pensamento positivo (mas não de um *coping* de ação direta, como seria de esperar, talvez porque as pessoas com controlo interno usem já a ação direta e o envolvimento no trabalho como método, e decidam que *mais do mesmo* possa não ser uma opção de *coping*), enquanto a externalidade do controlo prediz o evitamento e a resignação (quando o controlo é atribuído a outros com poder) e o uso de álcool (quando o controlo é atribuído ao acaso) (Gianakos, 2002). Os otimistas tendem a avaliar os problemas no trabalho como menos ameaçadores que os pessimistas, bem como a usar, mais que os pessimistas, *coping* preventivo e ativo (focado nos problemas) (Carver, Scheier & Fulford, 2008). No que respeita aos traços de personalidade, a combinação de elevada extroversão e elevada conscienciosidade determina um maior uso de *coping* focado nos problemas; neuroticismo alto combinado com baixa conscienciosidade concorre para menos *coping* focado nos problemas e para mais estratégias cognitivas e comportamentais (mas não emocionais) de *coping* disfuncional (desinvestimento comportamental, negação); a combinação da extroversão elevada com o baixo neuroticismo antecipa o *coping* de reinterpretação positiva; o *coping* focado nas emoções parece não depender da personalidade (Grant & Connor-Smith, 2006). Seguindo uma abordagem genética e comportamental, estudando pares de gémeos (tanto monozigóticos como dizigóticos), Maas & Spinath (2010) verificaram que o *coping* com exigências profissionais, enquanto sistema comportamental, é herdado, partilhando reduzida variância com a personalidade. Estes autores sugerem que o *coping* no trabalho é independente da personalidade. No entanto, a medida de *coping* utilizada por Maas & Spinath é assaz discutível, uma vez que não se trata de uma escala de *coping* comparável com a generalidade da literatura, como



é discutível que a mesma operacionalize convenientemente o conceito de *coping*, uma vez que não avalia estratégias de *coping*, mas outros constructos (coincidentes?), a saber: o envolvimento com o trabalho, a resistência ao stress e a atitude ocupacional perante a vida. Por outro lado, Maas & Spinath verificaram *de facto* correlações estatisticamente significativas entre a personalidade e o *coping* no trabalho, ainda que modestas, em cada uma das três subescalas: a extroversão e a conscienciosidade associam-se com o envolvimento com o trabalho; o neuroticismo relaciona-se negativamente com a resistência ao stress; e a extroversão, a conscienciosidade e o neuroticismo (negativamente) ligam-se às atitudes ocupacionais perante a vida. Os autores identificam uma contribuição da personalidade sobre o *coping* no trabalho na ordem dos 16 por cento, valor que consideram insuficiente para provar a influência da personalidade no *coping* ocupacional. No entanto, apesar de baixo, é estatisticamente significativo e concordante com as indicações da literatura. Com efeito, Connor-Smith & Flachsbarth (2007), numa meta-análise envolvendo mais de 33.000 sujeitos, concluíram que embora a relação entre a personalidade e os tipos gerais de *coping* (por ex., de confrontação e de evitamento) seja fraca, todos os cinco traços de personalidade predizem estratégias de *coping* (por ex., a extroversão e a conscienciosidade predizem o *coping* de resolução de problemas e de reestruturação cognitiva). É, aliás, natural que a relação entre a personalidade e os tipos de *coping* seja fraca, se atendermos ao modelo transaccional do stress de Lazarus (1999; Lazarus & Folkman, 1984), que destaca o papel da avaliação cognitiva na escolha e definição das estratégias e dos comportamentos específicos de *coping*. Scheck & Kinicki (2000) testaram o modelo de Lazarus no decorrer de um processo de aquisição organizacional e provaram a determinação do *coping* pela avaliação primária e pela emoção (de acordo com o modelo de Lazarus, recorde-se, as emoções representam o elo de ligação entre a avaliação cognitiva e as estratégias de *coping*). O *coping* focado nos problemas é diretamente influenciado pela avaliação primária e pela emoção negativa; em concreto, o *coping* de confrontação e a resolução de problemas relacionavam-se negativamente com a avaliação primária, o que se justifica uma vez que a probabilidade de usar estratégias de *coping* focadas nos problemas é menor se a situação for avaliada como danosa ou ameaçadora. A ênfase no positivo e a redução de tensão/autoisolamento (duas formas de *coping* focadas nas emoções) são diretamente influenciadas pela emoção negativa; ou seja, os indivíduos que experienciaram a aquisição organizacional (*facto* consumado) procuravam aproveitar as aprendizagens resultantes da situação e isolavam-se para tentar gerir as suas emoções negativas. Scheck & Kinicki confirmaram ainda que a avaliação primária se relaciona com o controlo percebido, a eficácia do *coping* e as condições ambientais. Com efeito, a aquisição organizacional era tão mais ameaçadora quanto menos controlo, menos eficácia de *coping* e mais instabilidade no trabalho os indivíduos julgavam ter. Com efeito, quando o stress percebido é moderado, as estratégias de *coping* que se usam com mais frequência são o *coping* ativo, planeamento e reinterpretação positiva, e é menos frequente o uso de substâncias, desinvestimento comportamental, negação e religião (Igreja, 2012).

## 2.1. Determinantes do *coping* no trabalho: fatores psicossociais

O *coping* é função das características da personalidade, dos recursos de que a pessoa dispõe e das características ambientais (Cf. Capítulo 1). A escolha e a eficácia do *coping* dependem, assim, não só de atributos pessoais, mas também da disponibilidade dos recursos, e dos constrangimentos e oportunidades impostas pela situação geradora de stresse. Quando circunscrevemos o *coping* ao trabalho, reduzimos a análise das circunstâncias ambientais à esfera do trabalho e incluímos no conceito de recursos aqueles que emanam do contexto do trabalho. Isto significa que um mesmo fenómeno oriundo da realidade do trabalho pode funcionar como circunstância ambiental stressora ou como recurso ambiental facilitador do *coping*. O trabalho em equipa permite ilustrar este duplo efeito de um mesmo fenómeno: trabalhar em equipa tanto pode ser causa de stresse (por ex., pelos conflitos interpessoais que costuma acarretar), como recurso para lidar com o stresse (por ex., pela tomada de decisão partilhada). O duplo efeito de algumas características do trabalho remete-nos para a dimensão psicossocial do trabalho. Por outro lado, é essa mesma dimensão que resulta destacada quando observamos as mudanças recentes no mundo do trabalho.

Nos anos 70 do século passado, afirmava-se que os ambientes psicossociais haviam sofrido mais mudanças desde a Revolução Industrial do que em toda a história da espécie humana (Coelho, Hamburg & Adams, 1974). A partir dessa década, o ritmo e a natureza das alterações de cariz psicossocial terão sido ainda maiores, transformando de modo substancial a essência do trabalho humano (Coelho, 2010; EASHW, 2002a, 2002b; Kompier, 2006). As transformações ocorridas no mundo do trabalho podem mesmo consubstanciar uma revolução paradigmática na própria definição de trabalho.

As mudanças operadas no ambiente de trabalho podem ser enquadradas em dois níveis de fatores causais, um mais genérico, de natureza social, política, económica, demográfica e tecnológica, e outro mais específico, relacionado com as implicações do primeiro ao nível da arquitetura do trabalho.

As principais mudanças genéricas foram:

- *Globalização, liberalização e privatização da economia.* A globalização, o mercado livre e a privatização parecem ter concorrido para uma “deslaborização do vínculo de trabalho” (Redinha, 1995 como citado por Coelho, 2010, p. 27) com conseqüente desproteção do trabalhador e deterioração da qualidade de vida e do bem-estar psicológico no trabalho. A interconexão promovida pela globalização faz com que acontecimentos e decisões longínquas afetem o trabalho e os trabalhadores em qualquer ponto do globo, contribuindo para diminuir a sua perceção de controlo e sentimento de segurança. A liberalização do mercado, suportada pela globalização, fez aumentar a competitividade e ampliar a sua escala, com conseqüências para os trabalhadores ao nível dos tempos, espaços e vínculos de trabalho. A privatização de serviços habitualmente disponibilizados pelos Estados e sua entrega à sociedade civil contribuiu para disseminar

a cultura empresarial e impor a competitividade liberalizada como regra dominante, concorrendo para sobrecarregar os trabalhadores.

- *Terciarização da economia.* Mais de dois terços da população europeia trabalha no setor terciário. A terciarização da economia produziu novos riscos ocupacionais, de natureza psicossocial e multifatorial, muito diferentes dos clássicos fatores de risco, mensuráveis e de etiologia específica para cada doença profissional (Coelho, 2010). Assim, o panorama da saúde no trabalho mudou, caracterizando-se pela diminuição de acidentes de trabalho e doenças profissionais típicas das sociedades industriais, em favor do aumento do mal-estar psicossocial característico das sociedades pós-industriais.
- *Alterações sociodemográficas.* A força de trabalho está mais feminina, mais envelhecida e mais multicultural. O aumento proporcional das mulheres no mercado de trabalho produziu mudanças sociais significativas, que em termos de saúde no trabalho se traduzem sobretudo no stresse associado à articulação entre o trabalho e a família (Zedeck & Mosier, 1990) e à dupla carreira dos casais (Cartwright & Cooper, 1997). O envelhecimento da população ativa replica o envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos, sobretudo na União Europeia. O envelhecimento da força de trabalho cria novas preocupações em termos de saúde ocupacional, fundamentalmente porque os trabalhadores envelhecidos são mais vulneráveis aos riscos psicossociais do trabalho (Coelho, 2010). O aumento da imigração instaurou uma discrepância em termos de saúde ocupacional entre trabalhadores locais e imigrantes. Existem crescentes evidências empíricas que mostram que as minorias étnicas e/ou linguísticas apresentam piores problemas de saúde ocupacional, com mais acidentes de trabalho, doenças profissionais e maior mortalidade no trabalho (Premji & Krause, 2010).
- *Desenvolvimentos tecnológicos.* Entre os desenvolvimentos tecnológicos distinguem-se duas grandes alterações, uma ao nível da automatização e robotização da produção industrial, e outra ao nível da “convergência cada vez mais rápida das tecnologias informáticas e das telecomunicações” (Coelho, 2010, p. 33). Concentremo-nos apenas nestas últimas, uma vez que afetam a generalidade dos trabalhadores e não apenas aqueles que laboram na indústria, como sucede com as primeiras. O uso do computador pessoal (portátil), dos telemóveis, da internet e da possibilidade de sincronização das três tecnologias veio alterar não apenas a forma como o trabalho é feito, mas a sua própria natureza. A matéria-prima do trabalho passou a ser o conhecimento, a informação e as pessoas, e o computador passou a ser a principal ferramenta de trabalho e de comunicação (Coelho, 2010).

As principais mudanças específicas deram-se nos planos da:

- *Organização do trabalho.* A flexibilidade impôs-se como regra principal da organização do trabalho, e consiste na utilização versátil do tempo, dos trabalhadores e dos recursos, em favor da minimização de custos e maximização de proveitos (Kompier, 2006). A flexibilidade concretiza a possibilidade das organizações se adaptarem às novas necessidades produtivas, seja através de medidas (1) estruturais (organizações com estrutura plana e poucas hierarquias, promoção da delegação, do *outsourcing* e do *downsizing*), (2) funcionais (trabalho de equipa, enriquecimento de tarefas, aumento

da participação), (3) numéricas (uso de empregados temporários ou em *part-time*), (4) geográficas (trabalho em casa, ou produção sediada num país e distribuição noutra), e (5) na definição dos trabalhos (aumento da variedade, autonomia e *feedback*) (Kompier, 2006). A par da flexibilidade, o ambiente de trabalho tem sido transformado pela introdução e prática de outras novas formas de organização do trabalho, tais como a produção flexível (ou *enxuta, económica ou racional*, a partir do termo inglês *lean production*), proliferação de pequenas e médias empresas, gestão centrada nos processos, avaliação de resultados a partir da satisfação do cliente, recompensas baseadas nos resultados da equipa ou o aumento da interação com fornecedores e clientes. Estas novidades concorreram para a intensificação e desregulação do trabalho e para uma maior vulnerabilidade do trabalhador (Coelho, 2010).

- *Conteúdo do trabalho.* A maneira como o trabalho é realizado nas organizações passou a ser fortemente mediatizada pelas novas tecnologias. O seu uso passou a modelar a comunicação interpessoal (correio eletrónico, videoconferência, *call-center*), instaurou novas formas de trabalho (como o teletrabalho), possibilitou o trabalho à distância (nomeadamente, o trabalho em casa) e criou novos espaços de trabalho, e até não-lugares de trabalho (como os espaços públicos). Estas transformações contribuíram também para a erosão da fronteira entre o trabalho e a família (Kompier, 2006).
- *Vínculos laborais.* O aumento dos trabalhos em tempo parcial, do trabalho temporário, do autoemprego e da subcontratação e *outsourcing* aumentou a precaridade no trabalho. As suas consequências negativas prendem-se com o aumento da incerteza e a diminuição da satisfação profissional e do bem-estar (EASHW, 2002b).
- *Tempos de trabalho.* A intensificação do trabalho traduz-se no aumento das horas de trabalho, do trabalho extraordinário, e do trabalho realizado fora dos dias úteis. Esta extensão dos tempos de trabalho acarreta um aumento do ritmo e da sobrecarga de trabalho.

Por um lado, estas transformações acompanharam e concretizaram uma nova ordem económica, globalizada, que por sua vez forçou mudanças dramáticas nas práticas organizacionais (Sauter et al., 2002). Na constatação destas mudanças, o NIOSH reviu o conceito de organização do trabalho, estruturando-o em três níveis; o primeiro relacionado com as características do trabalho, nomeadamente com a forma como os trabalhos são desenhados e realizados (*contexto do trabalho*), o segundo referente aos métodos de gestão e de produção e às políticas de gestão de recursos humanos (*contexto organizacional*), e o terceiro referente às circunstâncias económicas, legais e tecnológicas (*contexto externo*). O primeiro nível é influenciado pelo segundo, e este é influenciado pelo terceiro nível (Sauter et al., 2002). A forma como acima estruturámos as transformações no mundo do trabalho faz corresponder o nível genérico ao contexto externo, e o nível específico aos contextos organizacional e do trabalho.

Por outro lado, estas transformações, recentes, rápidas e crescentes, mudaram a face do trabalho, assim como o seu significado. O elemento operacional que aparenta definir o *novo* trabalho é a flexibilidade. A literatura indica que a flexibilidade pode influenciar negativamente a saúde ocupacional e a saúde pública, através (1) da desregulação dos ritmos biológicos e do aumento da fadiga dos trabalhadores, (2) das práticas de trabalho inseguras, relacionadas com a sobrecarga e pressão do tempo, (3) das dificuldades em controlar os riscos

para a segurança dos trabalhadores quando estes dependem de empresas subcontratadas, e (4) da deterioração das condições de vida dos trabalhadores no que respeita ao salário, à articulação trabalho-família, e aos benefícios em termos de saúde e da sua proteção institucional (Papadopoulos, Georgiadou, Papazoglou & Michaliou, 2010). O trabalho perdeu a estrutura que anteriormente o definia, ao nível da divisão das tarefas, da delimitação dos espaços e dos tempos, e da ordenação das relações sociais. Perdeu, igualmente, a segurança e previsibilidade que o caracterizavam, tornando-se mais desregulado e desprotegendo mais os trabalhadores. Desse modo, deixou de poder contribuir como antes para a construção da saúde e para a individualização identitária das pessoas. Este novo significado do trabalho torna saliente a sua dimensão psicossocial, da qual despontam novos riscos ocupacionais para a saúde das pessoas. Estes riscos foram designados de *emergentes*, no duplo sentido de serem novos e crescentes. São novos porque (1) não eram previamente conhecidos e são causados por novos processos, tecnologias ou locais de trabalho, ou mudanças sociais ou organizacionais, ou (2) apesar de conhecidos, só recentemente são considerados fatores de risco, quer socialmente, quer (3) cientificamente. São crescentes porque (1) o seu número está a aumentar, ou (2) aumenta a exposição aos riscos (seja o nível de exposição, seja o número de pessoas), ou (3) o efeito do risco na saúde do trabalhador está a piorar (seja a gravidade das consequências, seja o número de pessoas afetadas) (EASHW, 2007). A importância dos riscos emergentes de natureza psicossocial salienta a centralidade dos fatores psicossociais nessa outra centralidade que é o trabalho.

Em 1984, uma comissão conjunta da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os fatores psicossociais do trabalho enquanto interação dinâmica entre o ambiente de trabalho e os fatores humanos: “os fatores psicossociais do trabalho referem-se às interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades, necessidades, cultura e considerações pessoais extratrabalho do trabalhador que podem, através da percepção e da experiência, influenciar a saúde, o rendimento no trabalho e a satisfação profissional” (ILO, 1986, p. 3). Ao destacar a noção de *interação dinâmica* e ao equiparar a *percepção* à experiência dessa interação, a definição proposta pela OIT/OMS remete para o conceito de stress psicológico no trabalho proposto por Lazarus (1999, 1991). Com efeito, este autor defende que o stress deve ser entendido como uma relação particular entre a pessoa e um ambiente específico (no caso, o do trabalho) e concebido enquanto processo ocorrendo num contexto determinado, que depende também de como o indivíduo avalia (ou percebe) de acordo com a definição da OIT/OMS) o que está a acontecer.

O instituto norte-americano de segurança e saúde ocupacional considera que o conceito “psicossocial” engloba vários fatores, distribuídos por três domínios: (1) trabalho e ambiente de trabalho; (2) ambiente extratrabalho; e (3) características individuais dos trabalhadores. Acrescenta ainda que as “interações entre fatores em cada um destes domínios constitui (...) um processo de stress, cujos resultados se pensa que influenciam tanto a saúde do trabalhador como o seu rendimento ocupacional” (NIOSH, 1997, p. 7-1). A definição do NIOSH é já explícita na equiparação da interação trabalho/indivíduo ao processo de stress, e sugere os fatores relativos ao trabalho e ao ambiente extratrabalho enquanto fatores geradores de stress.

Algumas perspectivas teóricas sobre os fatores psicossociais equiparam-nos conceitualmente a causas organizacionais de stresse no trabalho. Cox, Griffiths & Randall (2003, p. 195) definem os fatores psicossociais como “aspectos do desenho, organização e gestão do trabalho, e seus contextos sociais e ambientais, que possuem o potencial de causar dano psicológico, social ou físico”. Outras perspectivas, porém, realçam os seus potenciais efeitos benéficos ao nível da saúde no trabalho: “os fatores psicossociais positivos podem funcionar como agentes de manutenção e promoção da saúde” (ILO, 1986, p. 1). Assim, parece adequado diferenciar os fatores psicossociais em negativos e positivos. Esta distinção deve ser entendida a dois níveis, um relativo à natureza dos fatores psicossociais, e outro às suas consequências. No que respeita às consequências, eles serão positivos ou negativos consoante, respetivamente, prejudiquem a saúde, ou não a ameacem ou até a reforcem. Do ponto de vista da sua natureza, os fatores psicossociais serão positivos ou negativos em função da sua presença ou ausência (por ex., assédio moral) e/ou da sua intensidade (por ex., sobrecarga ou subcarga de trabalho). Neste sentido, os fatores psicossociais podem ser entendidos tanto como fatores de risco (porque negativos), como enquanto fatores de resiliência (porque positivos). Ou seja, podem ser entendidos tanto como fatores patogénicos como salutogénicos (Antonovsky, 1979).

De modo consensual, a literatura tem agrupado os fatores organizacionais indutores de stresse em sete grandes categorias (Ramos, 2001). São eles: (1) as *condições físicas do trabalho* (iluminação, ventilação, ruído...), (2) as *características do trabalho* (sobrecarga de trabalho, ritmo, natureza das tarefas...), (3) o *papel na organização* (ambiguidade, conflito...), (4) a *estrutura e o clima organizacionais* (competição, liderança, cultura de tomada de decisões, mudança organizacional, violência psicológica no trabalho...), (5) o *relacionamento interpessoal* (por ex., conflitos interpessoais), (6) a *carreira profissional* (entrada no mundo do trabalho ou numa nova organização, formação, transições na carreira, reforma...), e (7) os *fatores extrínsecos ao trabalho*, tais como a articulação família/trabalho, stressores crónicos (por ex., doença familiar), microstressores (como o trânsito...), e até macrostressores (por ex., períodos de crise económica) (Ramos, 2012). Excetuando os primeiros, que se inscrevem nos clássicos riscos profissionais, todos os restantes consubstanciam fatores stressores de natureza psicossocial.

Tendo em consideração as diferentes definições, classificações e exemplos, e baseando-nos na categorização proposta por Leka, Griffiths & Cox (2005, 2004) e na revisão oferecida por Coelho (2010), sintetizamos os principais fatores psicossociais do trabalho na Tabela 2.1. A nossa proposta de síntese norteou-se pela identificação conceitual de aspetos comuns às diferentes tipologias e pela tentativa de evitar redundâncias. Admitimos uma exceção potencialmente redundante, relativa à exigência continuada de envolvimento em relações interpessoais. Optámos pela sua manutenção, na medida em que considerámos ser diferente essa exigência resultar do desempenho de um trabalho, ou das tarefas de um trabalho, ou ser uma inerência funcional de um papel organizacional. Apesar de Leka et al. (2004) considerarem as condições ambientais (como falta de espaço, fraca iluminação ou barulho excessivo) e o equipamento (disponibilidade, adequação ou manutenção do mesmo) enquanto fatores psicossociais, optámos por os excluir, na medida em que, embora influenciem os restantes fatores, não são de natureza psicossocial, integrando-se, pelo contrário, no domínio dos fatores físicos. Os fatores psicossociais identificados materializam as condições de trabalho que se inscrevem no contexto do trabalho, tal como Sauter et al. (2002) o definiram. Ou seja, tentámos centrar-nos

nos aspetos que constituem o trabalho cotidiano que as pessoas têm de realizar. Por isso não incluímos a mudança organizacional ou a competição, por exemplo, enquadráveis no nível do contexto organizacional, e que se podem refletir, em termos práticos, na intensificação do trabalho, seja ela concretizada através de mais trabalho em equipa, da extensão dos horários de trabalho, da sobrecarga de trabalho, da deterioração da comunicação, do aumento de conflitos interpessoais, de ritmos rápidos de trabalho, de incerteza, de falta de apoio social, etc. – são estes, justamente, os fatores que traduzem o trabalho real e diário dos profissionais, e aqueles que enunciamos na Tabela 2.1. Por último, é importante destacar a natureza cumulativa destes fatores, já que eles se manifestam em simultâneo, numa adição que será provavelmente mais geométrica que aritmética. Com efeito, e a título de exemplo, é de esperar que a sobrecarga de trabalho aumente o tempo e o ritmo de trabalho, intensifique o relacionamento interpessoal, concorrendo para uma subida do número ou intensidade dos conflitos interpessoais, que poderão enfraquecer a qualidade da comunicação, conduzindo à falta de controlo sobre a definição do próprio trabalho (métodos, horário, ritmo, carga...), aumentando a fadiga, contribuindo por sua vez para aumentar a conflitualidade com as exigências inerentes aos papéis sociais, sobrecarregando a capacidade de conter emoções e exaurindo a capacidade de resistência do trabalhador, podendo, por seu turno, aumentar o número de erros ou dificultar a concretização das tarefas, acabando por concorrer para aumentar ainda mais a carga de trabalho...

A literatura relativa aos fatores psicossociais no trabalho tende a apresentá-los numa perspetiva negativa, isto é, enquanto fatores de risco para a saúde dos trabalhadores. Na compilação efetuada, procurámos “neutralizar” esse viés. Assim, apresentámos os fatores por domínio de forma tão imparcial quanto possível, deixando para os sinais de chamada em cada fator a chave para os classificar enquanto patogénicos ou salutogénicos. Existem, contudo, fatores que não podem deixar de ser enunciados na sua forma patogénica, como as exigências simultâneas e conflituais no trabalho e na família (por ex., a conjugação da aproximação de *deadlines* com a doença de um filho), a insegurança profissional, os baixos salários, a ambiguidade no papel, o *bullying*, a imprevisibilidade nos horários de trabalho ou a monotonia e falta de sentido das tarefas desempenhadas.

Os fatores identificados na tabela precedidos do sinal (+) são patogénicos se estiverem presentes em excesso ou em defeito (critério quantitativo), ou se não estiverem presentes no trabalho em *doses* moderadas (critério qualitativo). No primeiro caso, eles são fatores de risco se forem elevados ou em demasia, ou baixos ou deficitários, ao passo que no segundo caso são fatores de resiliência se a sua intensidade for média e/ou se os trabalhadores puderem lidar com eles de forma capaz. São exemplos do primeiro caso a subutilização de competências, a má comunicação (interpessoal e organizacional), a má liderança, a reduzida valorização social do trabalho e a falta de apoio social (dos superiores, dos colegas e do trabalho e da família). Por seu lado, os fatores da dimensão relativa à carga e ao ritmo de trabalho ilustram este critério qualitativo. Tanto a sobrecarga de trabalho, o ritmo maquinal e acelerado, os elevados níveis de pressão do tempo e a sujeição contínua a prazos (ou o nível elevado de prazos apertados), como a subcarga de trabalho, um ritmo de trabalho baixo ou lento, a reduzida pressão de tempo e de prazos – ou seja, esses fatores em excesso ou defeito –, podem causar stresse e ameaçar o bem-estar e saúde dos indivíduos. Inversamente, carga e ritmo de trabalho e prazos e pressão do tempo moderados ou ao alcance do trabalhador são fatores de promoção

Tabela 2.1. Fatores psicossociais no trabalho

Conteúdo do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Variedade das tarefas</li> <li>- Fragmentação, monotonia ou ausência de significado</li> <li>+ Utilização de competências</li> <li>- Incerteza</li> <li>- Exposição continuada às pessoas no trabalho e trabalho emocional</li> <li>• Trabalho em equipa</li> </ul>
Carga e ritmo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Carga de trabalho</li> <li>+ Ritmo</li> <li>+ Pressão do tempo</li> <li>+ Sujeição a prazos</li> </ul>
Horário de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho por turnos (e turnos noturnos)</li> <li>- Rigidez</li> <li>- Imprevisibilidade</li> <li>- Horários extensos ou associais</li> </ul>
Controlo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação na tomada de decisões</li> <li>• Controlo de métodos, ritmo, carga e turnos de trabalho</li> </ul>
Cultura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Comunicação</li> <li>+ Liderança</li> <li>• Apoio na resolução de problemas e desenvolvimento pessoal</li> <li>• Definição ou acordo sobre objetivos organizacionais</li> </ul>
Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolamento ou solidão</li> <li>+ Apoio dos superiores</li> <li>• Conflito interpessoal</li> <li>+ Apoio social</li> <li>- Procedimentos para lidar com problemas ou queixas</li> <li>- <i>Bullying</i>, assédio e violência</li> </ul>
Papel organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiguidade do papel</li> <li>- Conflito de papéis</li> <li>- Responsabilidade por pessoas</li> <li>- Exigências de relação interpessoal contínua</li> </ul>
Desenvolvimento da carreira	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estagnação ou incerteza na carreira</li> <li>• Promoção: perspectivas e concretização</li> <li>- Salário baixo ou “salário à peça”</li> <li>- Avaliação de desempenho (clareza e justiça)</li> <li>- Insegurança profissional</li> <li>+ Prestígio ou valorização social do trabalho</li> </ul>
Interface casa-trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigências conflituais no trabalho e na família</li> <li>+ Apoio em casa para os problemas do trabalho</li> <li>+ Apoio no trabalho para os problemas domésticos</li> <li>- Problemas relacionados com as duplas carreiras</li> </ul>
Características individuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Coping</i></li> <li>• Personalidade</li> <li>• Idade</li> <li>• Formação e preparação</li> <li>• Expectativas profissionais</li> <li>• Estatuto de saúde (física e psicológica)</li> </ul>

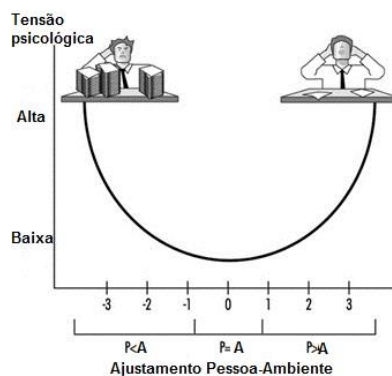
+: riscos psicossociais ou stressores se em excesso ou defeito

-: riscos psicossociais ou stressores se presentes ou ausentes

•: combinação das anteriores



da saúde e do rendimento organizacional. Esta classificação (dos fatores psicossociais específicos que acabámos de mencionar) enquadra-se no modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente (French, Rogers & Cobb, 1974), ao qual voltaremos na próxima secção deste capítulo, e que representamos na Figura 2.1. Resumidamente, os fatores psicossociais tornam-se fatores de risco se a sua intensidade se desajustar da capacidade de resposta do trabalhador.



*Figura 2.1. Fatores de risco psicossocial em função do desajustamento com a pessoa (Adaptado de Caplan, 2011, s/p)*

Os fatores psicossociais assinalados com (-) são fatores de risco se estiverem presentes ou em falta. Assim, e ilustrando aspetos presentes no contexto do trabalho, são fatores potencialmente patogénicos o trabalho fragmentado e com reduzido significado, a incerteza relativamente às tarefas a desempenhar no trabalho, o ter de lidar continuamente com as pessoas e os seus problemas, a imprevisibilidade do horário de trabalho ou o trabalho por turnos, a ambiguidade ou os conflitos de papel, o salário “à peça” ou a insegurança profissional. A inexistência destes fatores – isto é, um trabalho com significado, não trabalhar por turnos, horário de trabalho previsível, papel clarificado, segurança profissional, etc. – contribuiria para um ambiente de trabalho mais salutogénico. Por outro lado, ilustrando fatores em falta, podemos considerar a inexistência de procedimentos preestabelecidos para lidar com problemas e queixas, ou a injustiça e falta de clareza na avaliação de desempenho como fatores de risco. Do mesmo modo, a existência daqueles procedimentos e uma avaliação de desempenho clara e justa contribuiria para um ambiente de trabalho mais salutogénico.

Por fim, os fatores identificados com (•) representam características psicossociais do trabalho que combinam ambos os critérios de presença/ausência e de excesso/defeito. O trabalho em equipa, a participação na tomada de decisões e a promoção são boas ilustrações deste tipo de fatores. O trabalho em equipa, por exemplo, pode ou não existir, e tanto uma como outra circunstância podem prejudicar ou favorecer o trabalho. Se existir, ele pode ser deficitário ou excessivo, e, de novo, em ambos os cenários se podem encontrar riscos e oportunidades para a manutenção e fortalecimento da saúde dos trabalhadores. As promoções no trabalho podem não existir, nem existirem sequer perspectivas de as haver. Por outro lado, as promoções podem ser desajustadas na sua concretização, revelando-se insuficientes para o

mérito do indivíduo, ou exageradas para as suas competências (princípio de Peter). Do mesmo modo se pode entender a participação na tomada de decisões, ou o controlo sobre o trabalho, ou ainda a definição dos objetivos organizacionais: podem ser inexistentes ou reduzidos, de uma e de outra forma revelando-se patogénicos. Os fatores relativos às características individuais são também assinalados com o símbolo de chamada (•) uma vez que se podem entender no âmbito do mesmo enquadramento conceptual: a presença de alguns estilos de *coping* e de alguns aspetos da personalidade pode favorecer ou dificultar a saúde do trabalhador no confronto com o ambiente de trabalho, bem como uma preparação insuficiente, expectativas exageradas ou elevados níveis de ansiedade podem concorrer para sobrecarregar a saúde individual do profissional.

Importa realçar que a natureza dos fatores psicossociais depende substancialmente da interpretação dos trabalhadores. Desempenhar uma grande variedade de tarefas pode causar stresse para umas pessoas (e.g., com elevada obsessividade), mas não para outras (e.g., indivíduos mais flexíveis). Mesmo fatores assumidamente negativos, como o isolamento ou a solidão, podem ser desejáveis para alguns trabalhadores, seja por natureza (pessoas com personalidade esquizóide, por exemplo), seja por circunstância (como ter de realizar uma tarefa que exija grande concentração). Por fim, um mesmo trabalhador pode ainda sentir-se desconfortável com um mesmo fator, como a rigidez dos horários de trabalho, num momento (por ex., quando necessita de maior liberdade para concretizar uma tarefa), mas satisfeito numa outra altura (quando, por exemplo, necessitar de estrutura e *marcação* para terminar as suas tarefas).

Dados recentes europeus revelam os principais riscos psicossociais no trabalho na Europa. A AESST (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho), através do Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes (ESENER, do original inglês *enterprise survey on new and emerging risks*), inquiriu 28.649 dirigentes e 7.226 representantes em matéria de segurança e saúde ocupacional, em 31 países, no ano de 2009. Os cinco riscos psicossociais mais referidos foram (1) a pressão do tempo, (2) lidar com clientes difíceis, (3) má comunicação entre superiores e trabalhadores, (4) insegurança no trabalho e (5) falta de cooperação entre colegas (AESST, 2010).

Todos os domínios de fatores psicossociais considerados têm origem no ambiente, conteúdo e condições do trabalho, com exceção daquele relativo às características pessoais. Este domínio representa o que a pessoa *transporta* de intrinsecamente seu para o mundo e para a *praxis* do seu trabalho, e é com esses atributos que ela defronta os demais fatores psicossociais. Por outro lado, entre os fatores relativos às características individuais, contam-se aspetos concetualmente diferenciados, como o *coping* e o estatuto de saúde. O *coping* representa a ação do indivíduo sobre os demais fatores e será, no limite, a expressão de todas as restantes características pessoais, enquanto o estatuto de saúde – no qual incluímos os sintomas da resposta de stresse – pode traduzir já uma consequência dos restantes fatores psicossociais. Neste sentido, a noção mais abrangente de fatores psicossociais integra fenómenos cuja interrelação assume natureza diversa: aqueles originados no trabalho podem ser entendidos como fatores causais, enquanto o estatuto de saúde pode ser entendido como consequência dos primeiros, numa relação mediada pelo *coping* (enquanto expressão da personalidade, expectativas, etc.). Sem descurar o efeito das múltiplas interações entre todos os fatores

sobre a saúde ocupacional dos trabalhadores, impõe-se uma diferenciação entre os que são originados no trabalho e os que são atribuíveis aos indivíduos. Essa é, aliás, a essência operacionalizadora da definição pioneira da OIT e da OMS (ILO, 1986), que citámos anteriormente e que esquematizamos de seguida, na Figura 2.2.

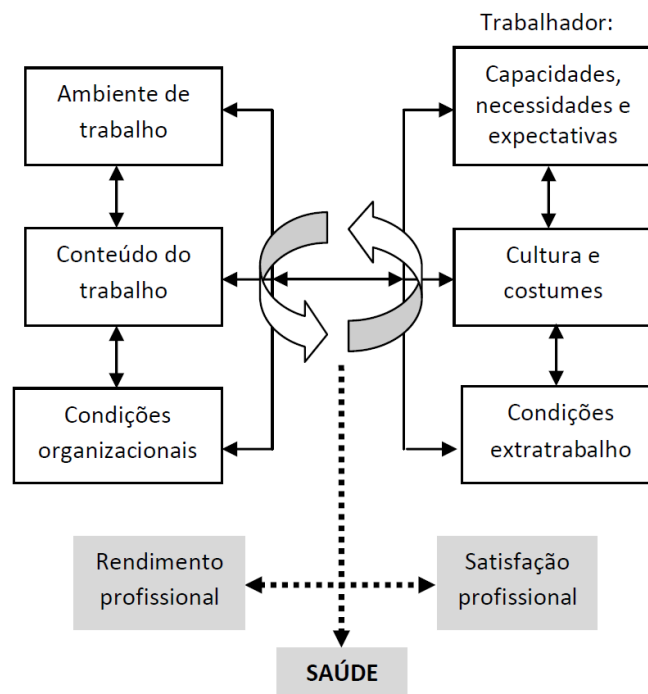


Figura 2.2. Fatores psicossociais do trabalho  
(Adaptado de ILO, 1986, p.4)

A Figura 2.2 reproduz o esquema gráfico proposto pela OIT e OMS (ILO, 1986), no qual a seta bidirecional central representa a interação entre as duas colunas de fatores psicossociais. Introduzimos as setas largas curvas para representar a ideia de transação, proposta por Lazarus (1999, 1991). De acordo com este autor, a ideia de transação traduz de modo mais fiel a relação entre o indivíduo e o ambiente, na medida em que ela representa um novo nível de abstração que inclui aspetos do ambiente e do indivíduo “num novo significado relacional” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 294). Na interação, as duas entidades permanecem separadas e independentes. Mais do que apenas analisar as características de cada fator e as *nuances* da sua interação, a proposta de Lazarus obriga a explorar o *significado relacional* que o trabalhador atribui à sua relação com os fatores psicossociais oriundos do trabalho. Neste sentido, representa uma realidade nova construída no diálogo entre as características individuais e os fatores psicossociais relacionados com o ambiente, conteúdo e condições do trabalho. Isto não significa a dispensa da identificação e compreensão dos fatores psicossociais *per se*, com vista à sua melhoria e ajustamento – tal exercício é indispensável, em favor da saúde e bem-estar no trabalho. No entanto, para a sua melhor compreensão será igualmente necessário observar a realidade transacional inerente aos mesmos.

Como dissemos anteriormente, os fatores psicossociais do trabalho, designadamente os que emanam do ambiente, conteúdo e condições do trabalho, tanto podem concorrer para

ameaçar a saúde das pessoas, como contribuir para a sua manutenção e fortalecimento. O seu efeito patogénico ou salutogénico dependerá da sua presença ou ausência, bem como da intensidade com que afetam os trabalhadores. Tome-se o exemplo da liderança: existem suficientes evidências empíricas que sugerem que alguns comportamentos de liderança (e.g., orientação para a relação, liderança transformacional...) se associam com o bem-estar no trabalho, enquanto outros (e.g., liderança destrutiva) se relacionam com baixos índices de bem-estar psicológico nos trabalhadores (Nyberg et al., 2011). Assim, os fatores psicossociais tanto podem revelar-se fatores de risco, como fatores de resiliência no trabalho. Neste sentido, e do lado do ambiente de trabalho, são os principais determinantes do *coping* no trabalho.

## 2.2. O *coping* e a saúde no trabalho

Tanto numa perspetiva teórica como empírica, o *coping* é assumido como uma variável determinante na construção individual da saúde. Como veremos adiante, a literatura tem fornecido sólidas evidências empíricas relacionando o *coping* com aspetos da saúde física e mental, bem como com indicadores ocupacionais e organizacionais. Mas o que é a saúde no trabalho? Desde logo, não é, em essência, diferente da forma como a definimos em termos gerais. Mais uma vez, ao circunscrevermos a saúde ao trabalho aumentamos necessariamente o nível de detalhe sobre os aspetos intrinsecamente relacionados com o trabalho, sobre os quais nos detemos de seguida, após discutirmos a noção de saúde.

A saúde pode ser definida de várias formas. Larson (1999) propõe quatro modelos conceptuais da saúde que, a nossa ver, captam a generalidade dos modos de definir e operacionalizar a saúde: o modelo médico, o modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS), o modelo do bem-estar e o modelo ambiental. O *modelo médico* entende a saúde como ausência de doença, e trata-se provavelmente da perspetiva dominante sobre a saúde (Tetrick, 2002). O *modelo da OMS* entende a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946, s/p). Tetrick destaca duas mudanças capitais na definição da OMS por comparação com a visão médica de saúde: a saúde é entendida numa perspetiva positiva, refletida na noção de bem-estar, e inclui não apenas as dimensões física e mental mas também a social. Em suporte da importância da dimensão social na definição de saúde da OMS, Frick, Irving & Rehm (2012) verificaram que as relações sociais determinam a avaliação dos estados de saúde. Estes autores foram os primeiros a demonstrar o impacto considerável das relações sociais na definição do estado de saúde mesmo em condições com limitações tradicionalmente incapacitantes, como a dor, o funcionamento físico ou os estados emocionais. Frick et al. verificaram que os profissionais de saúde norte-americanos, trabalhando em instituições de referência, usam a qualidade das relações sociais como componente do estado de saúde dos seus doentes, e propõem a inclusão das relações sociais como um elemento constitutivo não só da definição de saúde, mas também da sua operacionalização.

No entanto, o modelo da OMS tem sido criticado, principalmente por causa da incondicionalidade da ideia de *completo bem-estar*, que excluiria a maior parte das pessoas, na maior parte do tempo, da categoria *saudável* (Huber et al., 2011). Huber et al. identificam três grandes limitações na definição da OMS: (1) a exigência de um completo bem-estar contribui para a medicalização da sociedade, nomeadamente através do desenvolvimento e aplicação de novas tecnologias médicas que permitem visualizar anormalidades a níveis que podem nunca provocar doenças, e da produção pela indústria farmacêutica de drogas para condições que anteriormente não eram consideradas problemas de saúde; (2) as mudanças demográficas e a alteração da natureza da doença, com maior ênfase nas doenças crónicas, tornam a definição da OMS *desatualizada* e contraprodutiva, na medida em que define como doentes as pessoas idosas vivendo com doenças crónicas (uma realidade reduzida em 1946, mas que está a crescer e representa já um dos maiores custos dos sistemas de saúde); e (3) a operacionalização da definição resulta impraticável, na medida em que a ideia de *completo* não pode ser medida. Huber et al. (p. 2 de 3) apelam a uma reformulação do conceito de saúde da OMS, que “minimiza o papel da capacidade humana para lidar de forma autónoma com os desafios físicos, emocionais e sociais da vida em constante mudança” e que permite viver com uma doença crónica ou incapacidade com sentimentos de realização e bem-estar pessoal. Nazli (2012) oferece suporte empírico a esta perspetiva, ao estudar a definição de saúde e de ser saudável em pessoas com incapacidade e deficiência. Nazli demonstra que o significado de ser saudável resulta mais de um processo de construção social que da presença de uma doença ou incapacidade, e que as pessoas nessas condições se descrevem como saudáveis com base na sua capacidade e adequação física e autoimagem corporal. Ou seja, ser saudável é muito mais do que apenas não ter uma doença, e dispensa a condição de completo estado de bem-estar. Os modelos do bem-estar e ambiental entendem a saúde, justamente, nessa mesma direção.

O *modelo do bem-estar* postula que as pessoas dispõem de uma reserva de saúde que lhes possibilita ultrapassar a doença e progredir para um funcionamento ótimo, e destaca a importância do bem-estar, da energia e da capacidade para o trabalho. O *modelo ambiental* salienta a eficácia no desempenho dos papéis sociais (no trabalho, na família) na adaptação às exigências impostas pelos ambientes físicos e sociais (Larson, 1999; Tetrick, 2002). Ambos os modelos desvalorizam a ausência de doença e a existência de um completo bem-estar em favor da ideia do funcionamento ótimo, tão caro à psicologia positiva (Frydenberg, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), e vão ao encontro das sugestões sintetizadas por Huber et al. (2011) no sentido de se adotar uma definição de saúde mais dinâmica e baseada na resiliência e na capacidade para restaurar a integridade, equilíbrio e sentimento de bem-estar. Estes autores (p. 2 de 3) propõem uma nova definição de saúde, enquanto “capacidade para se adaptar e autogerir” e exemplificam-na nas três dimensões consideradas. Do ponto de vista físico, a saúde é a capacidade do organismo manter o seu equilíbrio apesar de alterações de circunstâncias fisiológicas, ou seja, é a capacidade alostática, tal como McEwen & Seeman (1999) a propuseram. Huber et al. (2011, p. 2 de 3) especificam:

quando confrontado com um stresse fisiológico, um organismo saudável é capaz de montar uma resposta protetora, para reduzir o potencial de dano, e restaurar um equilíbrio (...). Se esta estratégia de *coping* fisiológico [*sic*] não é bem-sucedida, o dano (ou “carga alostática”) permanece, podendo resultar em doença.

Do ponto de vista mental, Huber et al. (2011) apelam ao conceito de sentido interno de coerência de Antonovsky (1979, 1988) enquanto capacidade fortalecida de adaptação e autogestão que melhora o bem-estar subjetivo e a interação mente-corpo, através das bem-sucedidas capacidades de *coping*, de recuperação de stresse psicológico forte e de prevenção de perturbações pós stresse traumático. Do ponto de vista social, Huber et al. destacam a capacidade das pessoas em concretizar o seu potencial e cumprir as suas obrigações, a capacidade de gerir a sua vida com algum grau de independência mesmo quando têm uma condição médica, e a capacidade de participar em atividades sociais, como o trabalho. Os autores salientam a importância do conceito de *coping* em pessoas com doenças, para ilustrar a sua proposta definidora de saúde: se as pessoas são capazes de desenvolver estratégias de *coping* bem-sucedidas, as limitações funcionais não as impedem de participar nas atividades sociais, nem de se sentirem saudáveis e com qualidade de vida.

Revimos o conceito de saúde, e concluímos pela insuficiência dos modelos médico e da OMS para a sua cabal definição. Em alternativa, os modelos do bem-estar e ambiental revelam-se mais ajustados com as recentes discussões em torno do conceito de saúde (Huber et al., 2011), as quais destacam as capacidades de adaptação, recuperação e de funcionamento ótimo. Tanto indireta como explicitamente, o conceito de saúde remete-nos para a importância do papel do *coping*. Será assim também no caso específico da saúde no trabalho?

### 2.2.1. Aspetos teóricos

Nesta secção, discutimos a saúde especificamente relacionada com o trabalho. Para compreender a saúde de quem trabalha e descrever uma organização saudável, a literatura tem recorrido de forma proeminente ao quadro teórico e ao paradigma do stresse no trabalho (Tetrick, 2002; Vandenberg, Park, DeJoy, Wilson & Griffin-Blake, 2002). Começamos, em primeiro lugar, por identificar de modo genérico os processos que constituem a saúde no trabalho. Em segundo lugar, recuperamos os processos específicos que relacionam o stresse com a saúde no trabalho. Por fim, revemos os principais modelos de stresse e saúde no trabalho.

Para introduzir a saúde no trabalho escolhemos intencionalmente uma proposta que não faz referência ao *coping*. O quadro teórico de Danna & Griffin (1999) apresenta um modelo interativo da saúde e do bem-estar, enquanto determinados pela interação entre o ambiente (físico) de trabalho, a personalidade dos indivíduos e fatores organizacionais geradores de stresse. Por sua vez, é da saúde e do bem-estar dos trabalhadores que dependem as consequências individuais e organizacionais consideradas. A Figura 2.3 representa este modelo.

Danna & Griffin (1999) consideram o conceito de bem-estar como mais lato e abrangente que o de saúde. O bem-estar no trabalho inclui não apenas a saúde, avaliada por indicadores psicológicos (e.g., afeto, ansiedade, frustração) e fisiológicos (e.g., pressão sanguínea, estado físico geral), mas sobretudo a satisfação quer com as dimensões de vida não relacionadas com o trabalho (e.g., vida social, familiar, espiritualidade), quer com as dimensões relacionadas com o trabalho (e.g., salário, perspectiva de promoção, relação com colegas). O bem-estar e a saúde são determinados pelos riscos físicos do trabalho, pelos traços da personalidade (os autores destacam aspetos do padrão comportamental Tipo A e o *locus* de controlo) e

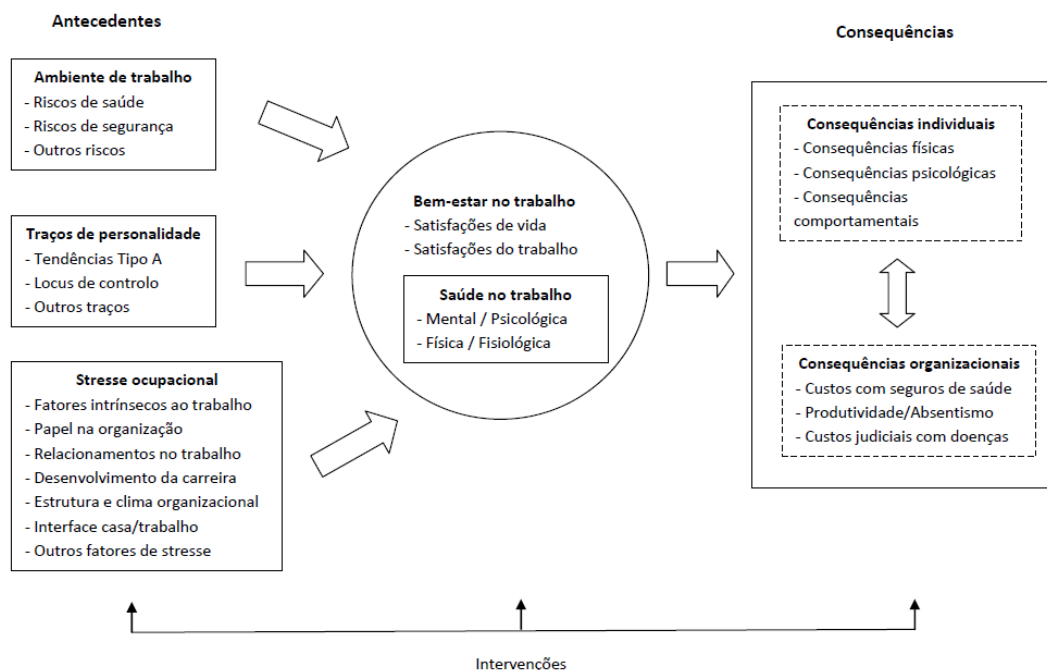


Figura 2.3. Saúde e bem-estar no trabalho: quadro de referência  
(Danna & Griffin, 1999, p. 360)

pelos stressores organizacionais. Danna & Griffin designam-nos por stresse ocupacional, ainda que se refiram, em rigor, aos fatores organizacionais geradores de stresse, os quais poderiam também ser designados por fatores psicossociais do trabalho. As consequências do bem-estar e saúde no trabalho são distinguidas ao nível individual e organizacional, ainda que ambos sejam interdependentes. Os autores destacam as consequências da (falta) de saúde dos trabalhadores ao nível da segurança financeira e da rentabilidade das organizações, e propõem intervenções dirigidas aos três planos considerados (antecedentes, saúde e bem-estar e consequências). Este quadro de referência (1) concebe a saúde de acordo com os modelos mais recentes, (2) ilustra a generalidade dos modelos de saúde no trabalho, mas (3) não esclarece como os indivíduos “materializam” os fatores antecedentes em saúde, e em concreto não considera o papel do *coping* nesse processo.

A saúde no trabalho é entendida adentro da perspetiva positiva que enunciámos no ponto 2.2, sobretudo por destacar o conceito de bem-estar. A literatura refere-se ao bem-estar usando vários qualificativos, dos quais os mais salientes são o bem-estar afetivo, o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e bem-estar social. Novo (2005), reportando-se aos três últimos, defende um conceito global de bem-estar que integre os múltiplos aspetos do funcionamento psicológico representado pela noção de bem-estar, no qual o bem-estar subjetivo representa a vertente emocional do conceito, apoiado no funcionamento positivo pessoal e social. Ensaíamos uma representação desta integração na Figura 2.4.

O *bem-estar subjetivo* reflete o quanto a pessoa se julga feliz. O conceito traduz a avaliação global da satisfação com a vida e inclui as respostas emocionais da pessoa e a satisfação com os seus diferentes domínios de vida. O bem-estar subjetivo é constituído por três componentes, o primeiro de natureza cognitiva e os dois últimos de natureza emocional: satisfação com a vida, afeto positivo (energia, entusiasmo, excitação) e afeto negativo (raiva, culpa,

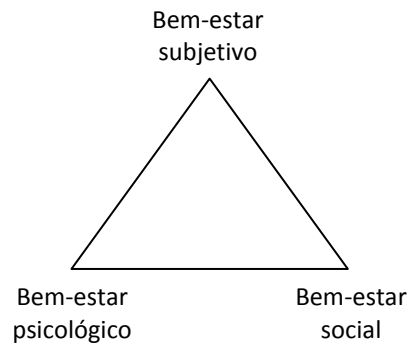


Figura 2.4. Modelo global do bem-estar

depressão). Uma pessoa com elevado bem-estar subjetivo (i.é., uma pessoa feliz) combina elevada satisfação com a vida, baixa afetividade negativa e elevada afetividade positiva (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). O *bem-estar psicológico* traduz o funcionamento psicológico positivo e é constituído por seis dimensões: *autoaceitação* (avaliações positivas de si mesmo e do seu passado), *crescimento pessoal* (sentimento de desenvolvimento contínuo enquanto pessoa), *objetivos de vida* (crença de que a vida tem propósitos e significado), *relações positivas com os outros* (possuir relações interpessoais de qualidade), *domínio do meio* (capacidade de gerir com eficácia a própria vida e o mundo circundante) e *autonomia* (sentimento de autodeterminação) (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). O *bem-estar social* representa a avaliação das circunstâncias e do funcionamento pessoal em sociedade e é constituído por cinco dimensões: *integração social* (pertença, partilha e qualidade da relação com a sociedade e a comunidade), *contribuição social* (avaliação do seu próprio valor social), *coerência social* (avaliação do mundo social como compreensível, sensível e previsível), *aceitação social* (confiança e consideração pelos outros) e *evolução social* (crença no potencial da sociedade e na sua concretização pelas instituições e pelos cidadãos) (Keyes, 1998).

O conceito de *bem-estar afetivo* representa uma estimativa subjetiva de quanto uma pessoa se sente bem ou mal, e refere-se especificamente ao trabalho. Inclui indicadores não contextuais (como a satisfação com a vida e a felicidade) e indicadores contextuais relativos quer à organização em termos gerais (como a satisfação profissional e o envolvimento com o trabalho), quer a facetas organizacionais específicas (como a satisfação com o ordenado e com os colegas). O bem-estar afetivo define-se em duas dimensões – *ativação* e *prazer* –, as quais permitem classificar todos os estados afetivos relacionados com o trabalho em quatro categorias: estados afetivos prazenteiros de elevada ativação (i.é., entusiasmo) e baixa ativação (i.é., conforto), e estados afetivos desagradáveis de elevada ativação (i.é., ansiedade) e de baixa ativação (i.é., depressão). A conjugação daquelas duas dimensões permite classificar o bem-



estar afetivo no trabalho segundo três eixos: desprazer-prazer; ansiedade-conforto; e depressão-entusiasmo. O bem-estar afetivo é um dos cinco componentes da saúde mental, a par da competência, autonomia, aspiração e funcionamento integrado; a competência, autonomia e aspiração refletem a relação com o ambiente, enquanto o funcionamento integrado representa uma soma subjetiva de todas as restantes dimensões (Mäkikangas, Hyvönen, Leskinen, Kinunen & Feldt, 2011; Warr, 1990, 1994, 2011).

Os modelos da saúde no trabalho destacam a noção de bem-estar, como conceito mais vasto que o de saúde. O modelo de Danna & Griffin (1999) é uma boa ilustração dos elementos e processos habitualmente identificados a propósito da saúde e bem-estar no trabalho. Designadamente, a saúde e bem-estar dependem de dois tipos de fatores, um relacionado com o trabalho em sentido lato, o qual pode ser subdividido em fatores físicos e em fatores psicossociais do trabalho, e o outro relacionado com os indivíduos, em concreto com a sua personalidade. Adicionalmente, o estatuto de saúde e bem-estar influencia a saúde *funcional* e financeira das próprias organizações.

Como afirmámos anteriormente, a saúde e bem-estar no trabalho têm sido estudados maioritariamente no contexto do paradigma do stresse no trabalho. Entenda-se o stresse no trabalho enquanto transação cognitivamente mediada entre o indivíduo e o ambiente de trabalho (Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984), em particular com as fontes de stresse organizacional (Cooper & Marshall, 1978 citado por Cartwright & Cooper, 1996), que desencadeia respostas neuroendócrinas tendentes a assegurar a adaptação das pessoas (McEwen & Seeman, 1999; Sapolsky, 2004; Selye, 1978) e que se fazem acompanhar de alterações fisiológicas e psicológicas. É por via destas alterações fisiológicas (e.g., aumento do ritmo cardíaco) e psicológicas (e.g., desânimo) que se instalam as doenças e perturbações, quer físicas (e.g., hipertensão), quer mentais (e.g., depressão). Nos domínios específicos da psicologia organizacional e da saúde ocupacional, o pensamento e a investigação sobre o stresse e a saúde e bem-estar no trabalho têm seguido, de modo geral, três modelos principais: (1) *modelo das facetas do stresse organizacional de Beehr & Newman* (1978); (2) *modelo do coping em organizações de Burke* (1979 citado por Burke, 2002); e (3) *modelo do contexto, coping e adaptação de Moos* (1984; Chun, Moos & Cronkite, 2006). Estes modelos representam um marco histórico capital no estudo do stresse e da saúde no trabalho, na medida em que foram propostos no fim da década de 1970, em resultado de extensas revisões bibliográficas, estabeleceram os constituintes e processos a estudar e orientaram a investigação na área desde os anos 1980 até aos nossos dias, mantendo a sua atualidade e utilidade. As Figuras 2.5, 2.6 e 2.7 apresentam os modelos.

Como se pode verificar nas suas representações gráficas, os três modelos revelam elevada concordância conceptual, chegando mesmo a partilhar denominações para os aspetos que os constituem (*painés*, no casos dos modelos de Moos, 1984, e de Burke, 2002), ou denominações sinónimas (*facetas*, no caso do modelo de Beehr & Newman, 1978). Estes painéis ou facetas, e os processos entre eles, indicam os constructos a estudar e sobre os quais intervir. Nos seus aspetos distintivos, os três modelos complementam-se, acabando por fornecer uma imagem integral da saúde no trabalho, destacando em particular o quadro referencial do stresse e o papel desempenhado pelo *coping*. De forma sucinta, apresentamos a síntese destes modelos, aspeto a aspeto, começando por aqueles que são comuns.

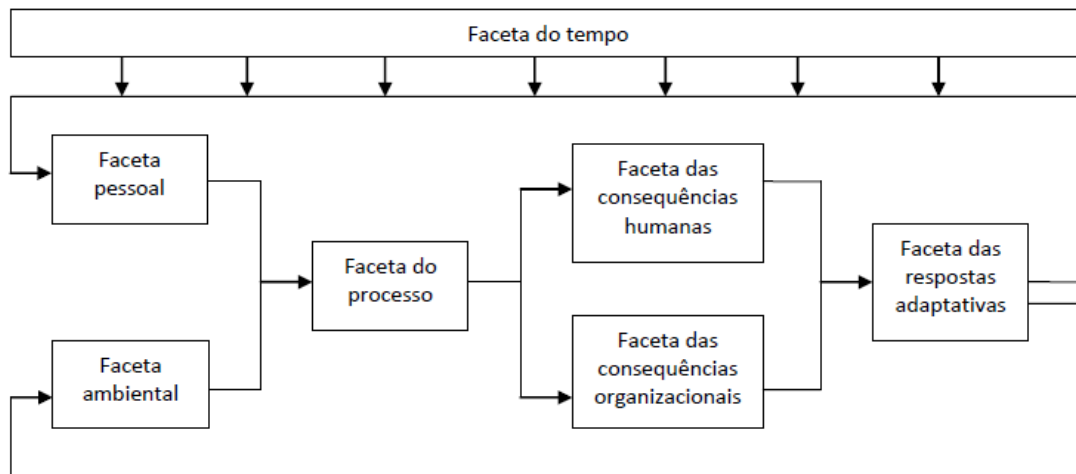


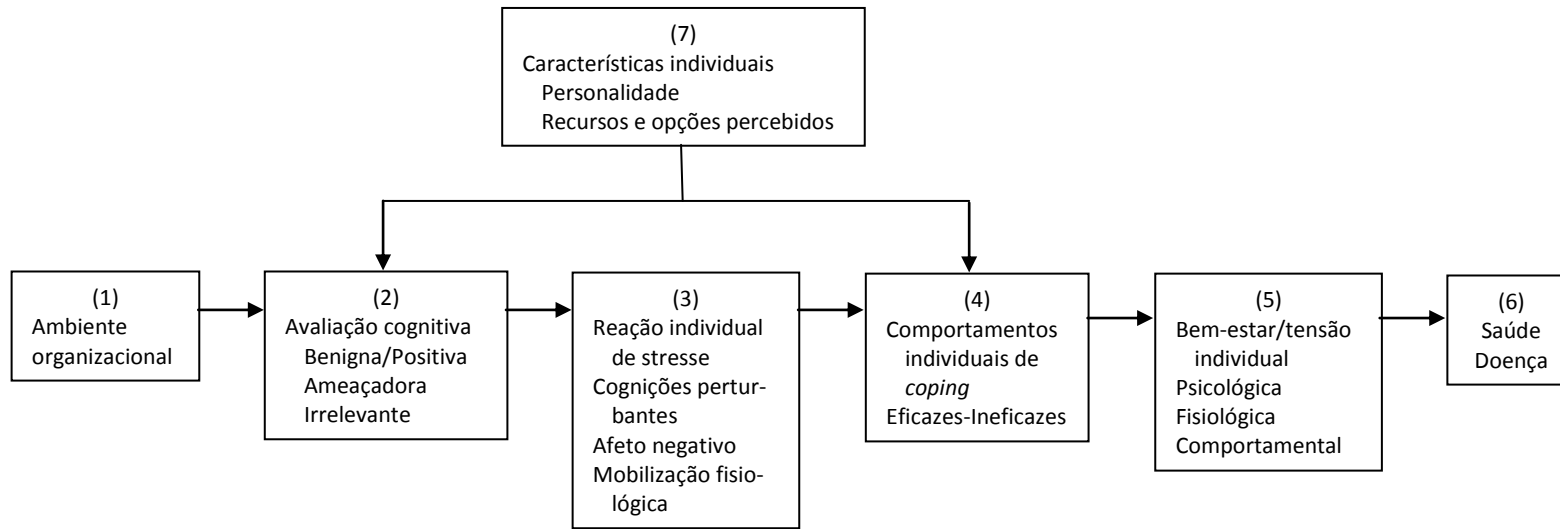
Figura 2.5. Modelo das facetas do stress organizacional

(Beehr & Newman, 1978, p. 676; Jex & Britt, 2008, p. 207)

O ambiente organizacional (ou faceta e sistema ambiental) refere-se às condições (objetivas) do ambiente de trabalho que podem ser percecionadas como causas de stress pelos indivíduos. No Capítulo 2.1 referenciámos já estas condições. Chun, Moos & Conkrite (2006) apelidam-nas mesmo de *stressores* e acrescentam o clima social e os recursos que o ambiente também oferece ao indivíduo. Na dupla aceção de stressores e de recursos, equipáramos estas condições aos fatores psicossociais do trabalho (Cf. Capítulo 2.1), com exceção daquelas que são de natureza física.

O sistema (ou faceta) pessoal inclui as características da personalidade e os recursos de que os indivíduos dispõem para lidar com as condições ambientais. Abordámos já estas características no Capítulo 1.2. Beehr & Newman (1978) destacam de forma minuciosa e inclusiva os traços de personalidade e as características comportamentais (intolerância à ambiguidade, extroversão/introversão, autoestima, motivações, ansiedade-traço, valores, experiência prévia, etc.), a condição física (saúde, hábitos alimentares, padrão de sono, etc.), características da fase de vida (ciclo de vida familiar, fase da carreira, etc.) e fatores demográficos (idade, nível educacional, sexo, estatuto socioeconómico, etc.).

A faceta do processo traduz a relação (transação) entre os sistemas ambiental e pessoal, e reporta-se aos processos biológicos e psicológicos que transformam os estímulos em consequências individuais e organizacionais (Beehr & Newman, 1978). Noutras palavras, o processo refere-se à perceção (avaliação cognitiva) e resposta de stress. Burke (2002) destaca esses mesmos processos nos painéis (2), (3) e (4), referentes à avaliação cognitiva, às reações de stress e ao *coping*. Burke (2002) salienta que o *coping* é escolhido em função das reações



*Figura 2.6. Modelo do coping em organizações*  
(Burke, 2002, p. 84)

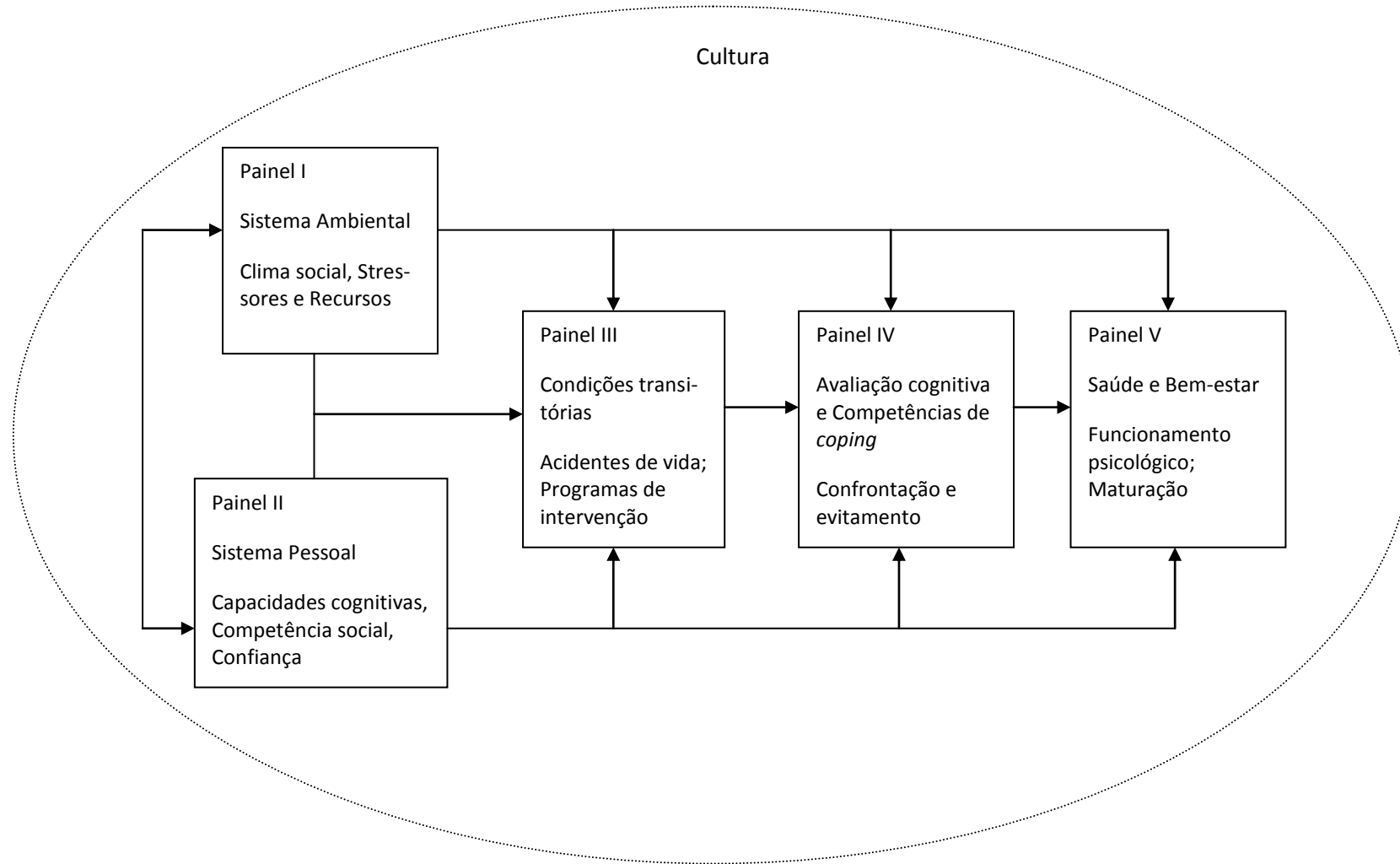


Figura 2.7. Modelo do contexto, coping e adaptação

(Holahan, Moos & Schaefer, 1996, p. 27; Moos, 1984, p. 8; Chun, Moos & Cronkite, 2006, p. 30)

individuais de stresse: “o grau da ameaça influenciará a intensidade da resposta e a motivação do indivíduo para procurar uma resposta de *coping*” (p. 85). A literatura indica que as emoções desempenham um papel essencial neste processo (e.g., Lazarus, 1999, 2006). Chun et al. (2006) apresentam a primeira grande diferença relativamente aos outros dois modelos, ao incluírem a influência de condições transitórias (painel III), ou seja aspetos exteriores ao contexto de trabalho (como acidentes de vida), na definição deste processo, em particular na escolha das estratégias de *coping* (painel IV).

A *saúde e bem-estar* traduzem o sucesso dos atos de *coping* e a remissão dos sintomas de tensão psicológica, fisiológica e comportamental (painel [5] do modelo de Burke, 2002) que acompanharam a transação de stresse. O seu lado negativo representa as *facetas das consequências humanas e organizacionais*, que refletem condições de saúde (por ex., cardiovasculares, depressivas, ansiosas, consumo tabágico) e interferências com o rendimento organizacional (por ex., redução do desempenho, absentismo, queixas, redução da criatividade e inovação, greves).

Entre os três modelos registam-se quatro diferenças significativas, uma delas já identificada acima, a propósito das interferências de condições transitórias (extratrabalho) nos processos de stresse, *coping* e saúde ocupacional. Vejamos as restantes.

O modelo de Beehr & Newman (1978) é o único a referir as medidas corretivas, de prevenção, gestão e controlo do stresse e de promoção da saúde no trabalho (*faceta das respostas adaptativas*). Os autores assinalam três planos de respostas adaptativas: (1) individuais (por ex., meditação, apoio social, redução da importância psicológica do trabalho, atividade física, et.), (2) organizacionais (por ex., reorganização dos trabalhos, alterações nos sistemas de avaliação e recompensas, melhoria da comunicação, fornecimento de serviços de saúde, etc.); e (3) por terceiros (por ex., legislação acerca da qualidade de vida no trabalho, orientação vocacional pelo sistema de ensino, apoio social pela família e amigos, etc.). Neste sentido, o seu modelo revela-se mais completo e abrangente.

Beehr & Newman (1978) consideram ainda a *faceta do tempo* enquanto variável que interfere com o desenvolvimento de todo o processo e das relações entre as restantes facetas. O objetivo dos autores é duplo. Por um lado, desejam realçar a duração enquanto fator crucial na determinação das consequências dos encontros de stresse. Por outro lado, pretendem alertar os investigadores para a necessidade de estudos com desenho longitudinal, os quais podem de modo mais apropriado contribuir para compreender a relação bidirecional entre o stresse do trabalho e a saúde dos indivíduos.

Por fim, Chun et al. (2006), relativamente ao modelo original de Moos (1984), acrescentam a dimensão cultural enquanto contexto fundamental dos processos de saúde, stresse e *coping*. Chun et al. entendem a cultura como um sistema macrossocial ou ecológico que influencia o ambiente (de trabalho, no caso concreto) e os indivíduos e que se interpõe em todo o processo do stresse e do *coping*, atuando em todos os painéis do seu modelo. Os autores salientam que o sistema cultural não é habitualmente considerado nos modelos de stresse e *coping*. Sugerem ainda que os processos do stresse e *coping* podem desempenhar um efeito recíproco sobre a cultura, influenciando-a e mudando-a.

Um elemento comum aos modelos anteriores (ainda que menos explícito no de Burke, 2002) é a inter-relação e a interdependência entre os seus constituintes e a reciprocidade e bidirecionalidade entre os seus processos e efeitos, os quais sinalizam a presença de fenómenos de retroalimentação. Edwards (1992) constatou que a generalidade dos modelos de

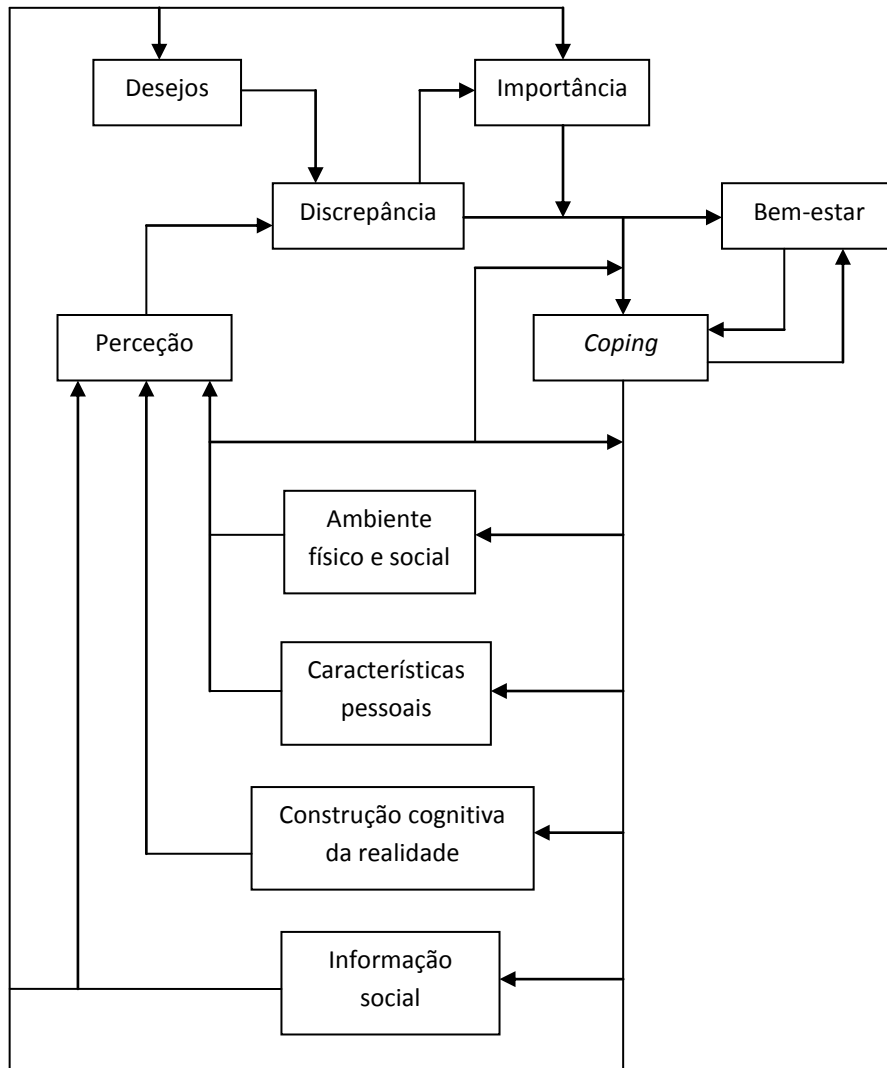


Figura 2.8. Modelo cibernético do stress, coping e bem-estar nas organizações (Edwards, 1992, p. 248)

stress organizacional apresenta curvas de *feedback* negativo entre os seus constituintes, refletindo princípios elementares da cibernética. No entanto, o autor verifica também que a investigação empírica privilegia a análise bivariada em detrimento do estudo desses mesmos princípios, o que pode concorrer para um hiato entre as proposições teóricas e os dados empí-

ricos, desse modo deixando por revelar muito conhecimento necessário sobre os processos do stresse, *coping* e bem-estar. Baseando-se na importância dos sistemas autorregulados e na ciência que os estuda (a cibernética) e destacando a sua unidade básica de controlo (volta de *feedback* negativo), Edwards propõe o *modelo cibernético* do stresse, *coping* e bem-estar. O modelo é apresentado na Figura 2.8.

Edwards (1992, p.256) define o stresse enquanto discrepância entre o estado percebido e o estado desejado, quando essa discrepância é considerada importante pelos indivíduos. O “stresse prejudica psicológica e fisicamente o bem-estar e ativa o *coping*”, que o autor define enquanto “tentativas para reduzir os impactos negativos do stresse no bem-estar”. O *coping* atua sobre o stresse através da alteração das percepções, desejos e da importância da discrepância, e pela melhoria direta do bem-estar. O stresse e o *coping* são assim entendidos como um sistema dinâmico de curvas de *feedback* negativo interrelacionadas, que permitem ao autor estabelecer várias proposições. Referenciamos apenas duas, que envolvem outros constituintes do modelo: (1) quando a informação ambiental, pessoal e social é ambígua ou indisponível, o impacto da construção cognitiva da realidade sobre as percepções é maior; (2) quando falta evidência física, as pistas sociais são mais consistentes ou as fontes de informação social são consideradas credíveis, o impacto da informação social nas percepções é maior. Ao propor esta teoria, Edwards pretendia fornecer um quadro de referência unificador para o estudo do stresse, *coping* e bem-estar nas organizações, destacando a importância do controlo na autorregulação, ideia que aliás ele reconhecia ser subjacente à generalidade dos modelos de stresse e *coping*.

A saúde e o bem-estar no trabalho dependem grandemente da avaliação dos sujeitos, mas também das características do trabalho. Então, o que é que torna a interação das pessoas com o trabalho, ou a transação entre elas, stressante, e, por essa via, potencialmente deletéria para a saúde, ou não, e até boa para o seu desenvolvimento pessoal? Responder a esta questão implica conhecer os principais modelos de stresse no trabalho.

#### *Modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente*

De acordo com o modelo de ajustamento pessoa-ambiente (Caplan, 2011; Edwards, Caplan & Harrison, 2000; French, Rogers & Cobb, 1974), o stresse no trabalho é o desajustamento entre o indivíduo e o ambiente de trabalho. Por seu lado, a saúde no trabalho realiza-se no acerto entre a pessoa e o trabalho. Ou seja, fracos ajustamentos pessoa-ambiente definem o stresse no trabalho, enquanto bons ajustamentos pessoa-ambiente refletem a saúde e o bem-estar no trabalho.

A discrepância entre a pessoa e o ambiente pode situar-se em duas dimensões distintas: (1) entre as *exigências do trabalho* (quantitativas e qualitativas, associadas ao papel, relativas às normas) e as *competências da pessoa* (aptidões, atitudes, formação, tempo, energia); e (2) entre as *necessidades da pessoa* (psicológicas e biológicas, valores, motivações) e as *provisões do trabalho* oferecidas pela organização (dinheiro, envolvimento social, oportunidade de autorrealização) (Edwards et al, 2000). Assim, existe stresse no trabalho quando as exigências do mesmo (por ex., sobrecarga, complexidade) suplantam as habilidades do indivíduo ou

quando as suas motivações (por ex., salário, utilização das suas capacidades) não encontram no trabalho adequada satisfação. Naturalmente, a inversão dos fatores também poderá constituir uma situação de stresse e perturbar concomitantemente a saúde e bem-estar pessoal e organizacional: por exemplo, se o indivíduo possuir mais capacidades que as requeridas pelo trabalho poderá sentir-se subestimado e acusar desinteresse (Ramos, 2001).

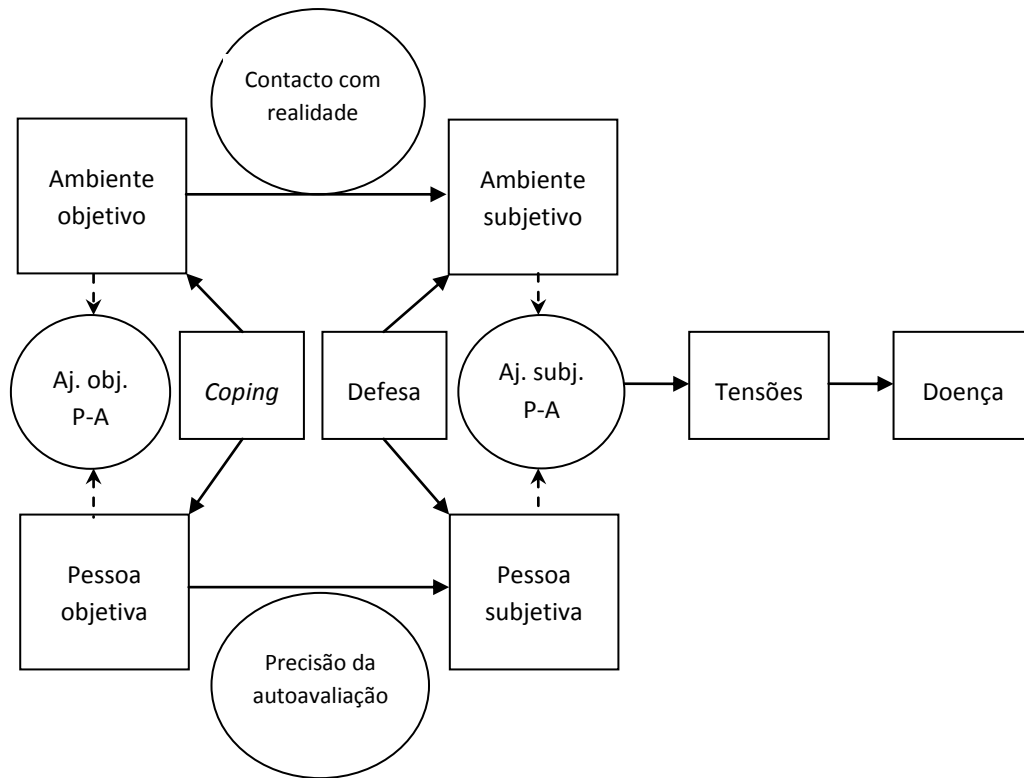


Figura 2.9. Modelo Ajustamento Pessoa-Ambiente  
(Edwards, Caplan & Harrison, 2000, p. 29)

O modelo encontra-se ilustrado na Figura 2.9. Os círculos traduzem discrepâncias entre os conceitos adjacentes, as linhas a cheio representam efeitos causais e as linhas a tracejado refletem contribuições para os efeitos das interações. O modelo prevê dois tipos de ajustamento, um objetivo (entre as propriedades objetivas do trabalho e os atributos objetivos dos indivíduos) e outro subjetivo, que reflete as percepções das pessoas sobre o primeiro. Dada a dificuldade em obter medidas isentas de enviesamentos sobre o ajustamento objetivo, a investigação tem preferido estudar o ajustamento subjetivo (Caplan, 2011). Além do mais, a investigação tem demonstrado que o ajustamento objetivo tem pouco impacto sobre a saúde mental, ao contrário do ajustamento subjetivo (Edwards et al, 2000). Assim, é a percepção das pessoas que determina o sentido e a amplitude do desajustamento, percepção essa suportada pelo *contacto com a realidade* (grau em que o ambiente subjetivamente percebido corresponde ao ambiente objetivo) e pela *precisão da autoavaliação* (grau de correspondência entre a pessoa subjetiva e a objetiva). O desajustamento percebido produz dois tipos de resultados, que podemos diferenciar em *operativos* (o que a pessoa faz em função do desajustamento) e em  *finais* (o efeito de combinação do desajustamento e da ação da pessoa para a sua saúde e



bem-estar). O modelo distingue *coping* de *defesa*, representando o primeiro as ações da pessoa para alterar o desajustamento objetivo (dominando o ambiente e/ou procurando adaptar-se a ele) e a segunda as distorções cognitivas destinadas a aumentar o ajustamento percebido (por ex., negação, projeção, repressão). Por fim, o desajustamento percebido causa tensões fisiológicas (aumento da pressão sanguínea, do colesterol, incompetência do sistema imunitário...), psicológicas (insatisfação, ansiedade, disforia, insónias...) e comportamentais (consumo tabágico, absentismo...). A manutenção destas tensões pode determinar a ocorrência de doenças físicas e perturbações psicológicas. Por outro lado, a manutenção de um bom ajustamento pessoa-ambiente produz resultados positivos para a saúde e bem-estar.

O modelo do ajustamento pessoa-ambiente é um dos mais antigos, tendo começado a ser desenvolvido no início dos anos 1970, e a sua eficácia foi já testada empiricamente. Por exemplo, o ajustamento entre a pessoa e o ambiente explica seis por cento mais de variância em termos de satisfação profissional que a pessoa ou o ambiente de trabalho considerados isoladamente (Caplan, 2011). Concluindo, há stresse no trabalho quando as exigências ocupacionais e organizacionais suplantam as competências do trabalhador, ou quando as necessidades deste último não são satisfeitas pela organização.

#### Modelo Exigências-Controlo

O modelo exigências-controlo (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, & Theorell, 1981; Karasek & Theorell, 1990; Karasek, 2011) permite conceber o stresse no trabalho enquanto ausência de controlo do indivíduo sobre as exigências impostas pelo trabalho. Quando o controlo das pessoas é elevado, mesmo na presença de fortes exigências profissionais, o trabalho é agente de aprendizagem, de desenvolvimento pessoal e de saúde.

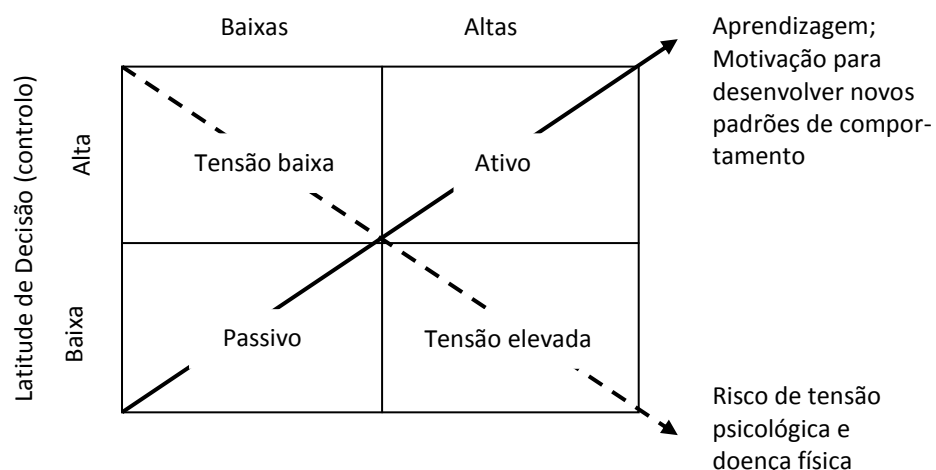


Figura 2.10. Modelo Exigências psicológicas do trabalho-Controlo  
(Karasek & Theorell, 1990, p. 32; Ramos, 2001, p. 69)

O modelo cruza dois conceitos: o de controlo e o de exigências do trabalho. O conceito de *exigências do trabalho* refere-se às imposições e solicitações associadas ao trabalho (como

a sobrecarga, o ritmo, o conflito de papel) e que podem variar desde o desafio desejável ao constrangimento indesejável. O conceito de *controle* pessoal foi operacionalizado enquanto *latitude de decisão*, e integra duas dimensões: (1) a *discriminação de competência* (ou *variedade de tarefa*) refere-se à possibilidade de escolher a aptidão específica a utilizar em determinada tarefa; e (2) a *autonomia* (ou *autoridade de decisão*), que se refere à autoridade social reconhecida à pessoa para tomar decisões. A combinação das exigências do trabalho e da latitude de decisão do trabalhador permite estabelecer quatro tipos de trabalho, como se indica na Figura 2.10.

Os trabalhos que geram mais tensão fisiológica e psicológica, e que podem precipitar doenças, são aqueles que conjugam elevadas exigências psicológicas e reduzida latitude de decisão. Os trabalhos passivos representam a segunda ameaça à saúde e bem-estar, na medida em que concorrem para a falta de motivação profissional, a depressão e a reduzida participação social. Os trabalhos de tensão baixa permitem aos trabalhadores corresponder de forma *relaxada* às exigências do trabalho. Quando os trabalhos encerram elevadas exigências psicológicas, mas o trabalhador possui liberdade para usar as suas capacidades com vista a agir sobre os problemas decorrentes do seu trabalho, não há stresse, mas sim aprendizagem ativa e desenvolvimento de novos padrões comportamentais.

O modelo exigências-controle começou a ser desenvolvido nos finais da década de 1970 e tem sido validado pela investigação empírica, ainda que as interações entre as exigências psicológicas do trabalho e o controle dos indivíduos sejam mais complexas do que a simplicidade concetual do modelo poderia fazer crer. De uma maneira geral, não restam dúvidas quanto aos efeitos aditivos das exigências com o elevado controle na causalidade unidirecional do bem-estar psicológico, ainda que as evidências para efeitos multiplicativos e bidirecionais (recolhidas em estudos longitudinais) sejam menos robustas (Häusser, Mojzisch, Niesel & Schulz-Hardt, 2010). O modelo foi testado inclusivamente em contexto experimental. Verificou-se, por exemplo, que o controle atenua o impacto negativo das exigências elevadas, contribuindo para a diminuição da produção de cortisol (Häusser, Mojzisch & Schulz-Hardt, 2011). Ainda em contexto experimental, verificou-se uma redução da pressão sanguínea apenas em indivíduos com elevadas expectativas de autoeficácia, o que leva a supor que o elevado controle sobre as exigências psicológicas do trabalho seja apenas útil entre profissionais que se sintam capazes de realizar as tarefas exigidas (Jex & Britt, 2008). Por fim, existem evidências que as interações entre exigências e controle são minimizadas pelo elevado apoio social, o que contribuiu para a expansão do modelo de forma a incluir essa dimensão, ficando ele também conhecido por modelo de exigências-controle-suporte (Jex & Britt, 2008; Karasek & Theorell, 1990). Em conclusão, se as pessoas puderem controlar as exigências psicológicas impostas pelo trabalho (e beneficiarem de bom suporte social), não só não há stresse no trabalho, como há saúde, bem-estar e desenvolvimento pessoal.

#### *Modelo do Desequilíbrio Esforço-Recompensa*

Segundo o modelo do desequilíbrio esforço-recompensa (Siegrist, 2002; Siegrist, Falck, & Joksimovic, 2005), o stresse resulta da discrepância entre o esforço das pessoas e as recom-

pensas obtidas do trabalho. A saúde no trabalho é entendida como reciprocidade entre os custos do envolvimento no mesmo e os ganhos obtidos.

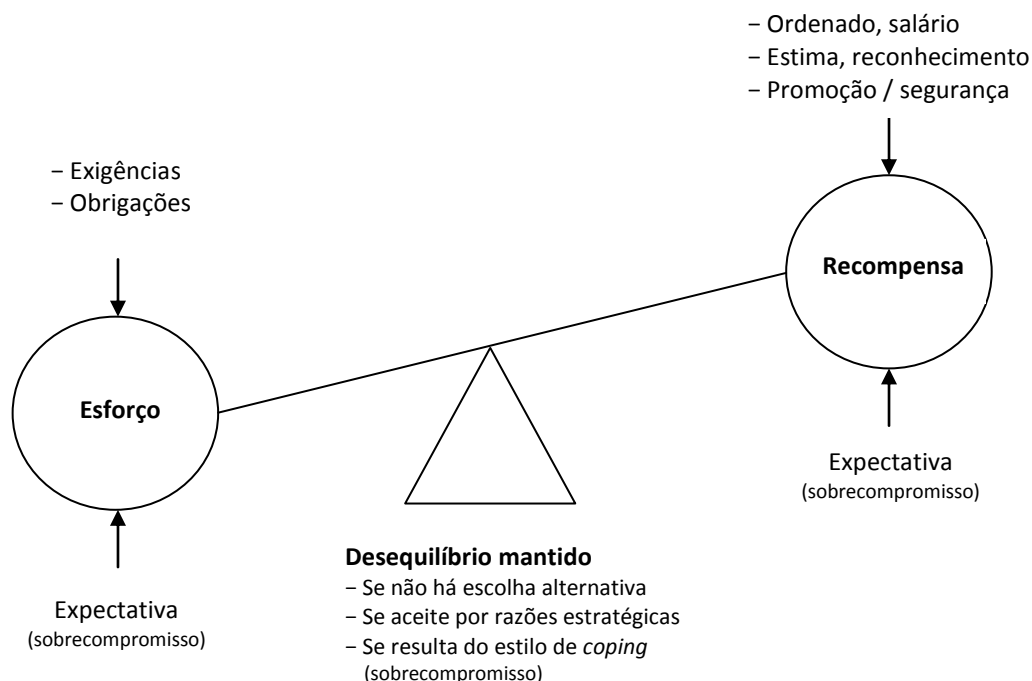


Figura 2.11. Modelo do Desequilíbrio Esforço-Recompensa no trabalho  
(Siegrist, 2002, p. 265)

O modelo do desequilíbrio esforço-recompensa baseia-se no princípio da reciprocidade que rege os contratos incompletos da vida em sociedade. A autorregulação das pessoas adultas, conducente à saúde e ao bem-estar, pressupõe a existência de trocas sociais bem-sucedidas. O modelo prevê que a inexistência da mesma, isto é, condições que implicam custos elevados e ganhos reduzidos, resulta na redução do bem-estar e no aumento da vulnerabilidade à doença. O modelo, cuja representação gráfica se pode observar na Figura 2.11, especifica as condições estruturais e pessoais em que a reciprocidade contratual falha, colocando em risco a saúde e bem-estar dos trabalhadores. As condições estruturais prendem-se com a falta de alternativas de emprego, a falta de mobilidade, contratos de tempo reduzido ou insuficiência de competências. As condições pessoais referem-se às escolhas dos trabalhadores (por exemplo, aceitam transitoriamente condições de trabalho adversas porque aguardam uma promoção ou adiam as recompensas esperadas) e ao seu próprio estilo de *coping* de *sobrecompromisso*. Siegrist (2002) salienta que os trabalhadores que se caracterizam por um padrão motivacional de excessivo comprometimento com o trabalho e por elevada necessidade de aprovação social, contribuem eles próprios para a manutenção do desequilíbrio custos elevados/reduzidas recompensas. Estas características psicológicas concorrem para que as pessoas incorram em erros perceptivos que distorcem as suas expectativas, resultando na maximização dos seus recursos de *coping* e na minimização das exigências do trabalho que têm de enfrentar. Comparativamente com os colegas que não possuem esta característica, elas tendem a responder às exigências do trabalho com maior motivação e expectativas mais elevadas, a

assumir mais responsabilidades, a aceitar mais prazos apertados, etc. O esforço refere-se às exigências e obrigações impostas pelo trabalho, enquanto as recompensas se referem ao dinheiro auferido, à valorização pessoal e às oportunidades de desenvolvimento da carreira. O modelo prevê que (1) o desequilíbrio entre esforço elevado e baixas recompensas produz efeitos adversos na saúde e bem-estar para lá dos causados por cada um dos dois componentes isoladamente, (2) um nível exageradamente alto de compromisso com o trabalho provoca o desequilíbrio esforço-recompensa, na medida em que é pouco provável que as recompensas que recebem consigam alguma vez corresponder aos seus esforços (Jex & Britt, 2008), e (3) se o esforço e as recompensas forem concertados e equilibrados registam-se os mais fortes efeitos benéficos sobre a saúde e o bem-estar.

O modelo começou a ser desenvolvido na década de 1990 e possui já substancial sustentação empírica. A combinação de elevado esforço e reduzida recompensa faz aumentar entre 1.3 a 4.5 vezes o risco de doença cardiovascular, bem como faz aumentar também o risco de outras perturbações, como a depressão, o *burnout*, sintomas psicossomáticos, dores de costas e problemas músculo-esqueléticos, a dependência de álcool e a deterioração do funcionamento físico, mental e social (Siegrist et al., 2005). Estudos epidemiológicos efetuados em cinco países europeus atestam a associação entre desequilíbrio esforço-recompensa elevado e fraco estatuto de saúde (Siegrist et al., 2004). Concluindo, há stresse ocupacional quando as pessoas dão mais ao trabalho do que aquilo que recebem dele.

Do ponto de vista teórico, parece ser razoável esperar que o encontro entre organizações que proporcionam boas condições psicossociais (ajustadas, controláveis e justas) e indivíduos com boas características pessoais (manifestas através do seu *coping*) resulta em saúde e bem-estar individual e em rentabilidade organizacional. Esta expectativa encontra amplo reflexo nas perspetivas mais recentes sobre a saúde no trabalho, inspiradas pela psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Estas são as condições de base necessárias para que o trabalho possa ser uma fonte de bem-estar, saúde e prosperidade. Tal como no estudo do *coping* em termos genéricos se desviou da estrita prevenção do mal-estar e das doenças em favor da procura do bem-estar e saúde, e da maximização do potencial humano (Frydenberg, 2002), também nos domínios do comportamento organizacional e da saúde ocupacional se tem assistido, na última década e meia, a um crescente interesse pela dimensão positiva da saúde, stresse e *coping* no trabalho. Assumindo a saúde enquanto *presença do positivo*, Nelson & Cooper (2005) apelaram a uma mudança positiva que introduzisse o estudo dos pontos fortes dos indivíduos e dos estados psicológicos positivos que possam ser objeto de promoção no trabalho. Crescentemente, nos últimos anos, os investigadores têm-se interessado por desvendar os fatores e mecanismos que sustentam trabalhos, organizações e trabalhadores saudáveis.

As organizações saudáveis adotam uma visão mais ampla do potencial humano e organizacional e valorizam a saúde, bem-estar, felicidade e rendimento no trabalho (Nelson & Cooper, 2005). Henry (2005, p. 390) caracteriza mesmo as organizações saudáveis como aquelas que seguem práticas de trabalho “humanas”. De acordo com a autora, tais práticas *humanas* passam pela democratização, participação, formação pessoal e relacional, e promoção da flexibilização dos ambientes de trabalho e da auto-organização dos indivíduos e equipas de trabalho. Sintetizamos os fatores individuais, grupais, organizacionais e interorganizacionais

que Henry identifica como constituintes das organizações saudáveis: os empregados sentem-se respeitados, beneficiam de remunerações e condições razoáveis, e dispõem de perspectivas de desenvolvimento da carreira; as medidas de gestão contemplam o enriquecimento do trabalho, a promoção e alinhamento da motivação na organização, o fornecimento de *feedback*, o reconhecimento, solicitam a participação e a responsabilidade dos trabalhadores e oferecem oportunidades de desenvolvimento profissional e pessoal; neste contexto, os indivíduos podem desenvolver os seus pontos fortes, confiar e perdoar; os grupos de trabalho participam em atividades de *teambuilding*, recebem formação e é promovido o pensamento criativo no seu seio; a organização oferece oportunidades de controlo (através da participação na tomada de decisão, por ex.), é capaz de aproveitar as *modas da gestão* para humanizar o trabalho, promove uma cultura aberta e incentiva a auto-organização; na relação com a envolvente, a organização estabelece parcerias, estimula o trabalho em rede e envolve-se na comunidade.

A caracterização da organização saudável de Henry (2005) atém-se a variáveis relacionadas com a organização e desempenho do trabalho dentro da organização. Outras descrições mantêm esses mesmos fatores mas incluem também indicadores de saúde e bem-estar e dimensões da vida das pessoas extrínsecas ao trabalho, como o equilíbrio entre o trabalho e a família. Referindo-se a estes últimos fatores, a literatura apelida as organizações saudáveis de *livres de stresse* e *amigas da família*. De acordo com Vandenberg et al. (2002, p. 70) e Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson & McGrath (2004, p. 567), uma organização saudável é

caracterizada por esforços intencionais, sistemáticos e colaborativos para maximizar o bem-estar e produtividade do empregado através do fornecimento de trabalhos bem desenhados e com significado, de um ambiente social-organizacional de apoio, e de oportunidades acessíveis e equitativas de promoção da carreira e [da articulação] trabalho-família.

O modelo de organização saudável de Vandenberg et al. (2002) e de Wilson et al. (2004) assenta em seis dimensões interrelacionadas:

- O *desenho do trabalho* preocupa-se em definir uma carga de trabalho razoável, oferece liberdade aos indivíduos (controlo/autonomia), prescreve trabalhos com significado e papéis claros, assegura boas condições ambientais (reduzindo exigências físicas e stressores ambientais), e estabelece horários de trabalho razoáveis.
- O *clima organizacional* é marcado pelo apoio organizacional e entre colegas, pela participação e envolvimento com pares e superiores, pela comunicação aberta e eficaz, e procura ser clima saudável e seguro.
- O *futuro do trabalho* refere-se à segurança do trabalho, equidade da remuneração e da promoção, oportunidades de aprendizagem, e acordos de trabalho flexíveis.
- Os *atributos nucleares da organização* são as crenças e valores organizacionais que se manifestam nas políticas de envolvimento, de qualidade de vida no trabalho e de segurança e saúde; são as forças que criam e mantêm organizações saudáveis.
- O *ajustamento psicológico ao trabalho* revela-se na satisfação no trabalho, comprometimento organizacional, baixo stresse, autoeficácia, e sensação de impacto pessoal no grupo de trabalho.
- A *saúde e bem-estar dos empregados* é elevada, tal como revelado quer por indicadores individuais (reduzidos níveis de depressão, raiva, sintomas somáticos de stresse,

uso de álcool), quer organizacionais (baixas intenção de *turnover*, absentismo, atrasos, acidentes, limitações no trabalho, e elevado rendimento).

O modelo teórico proposto por Vandenberg et al. (2002) e Wilson et al. (2004) prevê os atributos organizacionais e o clima organizacional como antecedentes dos stressores (desenho do trabalho e futuro do trabalho), os quais influenciam o ajustamento ao trabalho e este, por sua vez, determina a saúde e bem-estar. Os autores confirmaram empiricamente o modelo: “claramente, as características do trabalho influenciam o ajustamento psicológico ao trabalho que em última análise afeta a saúde e bem-estar dos indivíduos (Wilson et al., 2004, p. 582). Confirmaram, ainda, o papel determinante do clima organizacional na eficácia da organização.

Uma outra descrição de organizações saudáveis – e salutogênicas – é-nos oferecida por Kets de Vries (2001), através do seu conceito de *organização autêntica*. As organizações autênticas são *autênticas* e *vitais à vida*. A autenticidade traduz um acordo com os factos e, por isso, faz delas dignas de confiança aos olhos dos trabalhadores; estes encontram no trabalho que nelas desempenham uma atividade revigorante e fortificante. O conjunto de valores deste tipo de organizações cria e mantém um clima organizacional que proporciona sentido de pertença, sentido de prazer e sentido de significado. Kets de Vries defende que estas três características possibilitam a satisfação de dois tipos de motivações humanas de ordem superior: a necessidade de vinculação e afiliação, e a necessidade de exploração e afirmação de si mesmo. Ao satisfazer a primeira, os indivíduos concretizam o seu valor próprio e aumentam a sua autoestima; ao satisfazer a segunda, experimentam a eficácia, competência, mestria, autonomia, iniciativa, criatividade. As organizações autênticas são fonte de significado e crescimento, na medida em que são uma âncora para a saúde e bem-estar psicológico, uma forma de desenvolvimento da autoestima e uma fonte de  *coping*  com o stress do trabalho (Kets de Vries, 2001; Rego & Cunha, 2008). O conceito de organização autêntica foi operacionalizado por Rego & Cunha enquanto *clima autêntico*. Os autores propuseram um modelo constituído por seis dimensões: (1) *espírito de camaradagem*, que reflete a amizade, espírito de equipa e interesse mútuo que caracterizam as relações interpessoais numa organização; (2) *credibilidade dos superiores*, que traduz o quanto eles são dignos de confiança, honestos e cumpridores das suas promessas; (3) *comunicação aberta e franca*, que permite que os empregados comuniquem abertamente com os superiores e até deles discordem; (4) *oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal*, que possibilitam a aprendizagem contínua e o desempenho de tarefas que faz desenvolver o potencial dos indivíduos; (5) *justiça*, à luz da qual não existe favoritismo, discriminação ou iniquidade na distribuição dos resultados; e (6) *conciliação trabalho-família*, para a qual a organização contribui ao criar condições que facilitem o equilíbrio entre as duas esferas de vida dos trabalhadores (Rego & Pina e Cunha, 2012). Evidências empíricas sugerem que os fatores mais relevantes são o espírito de camaradagem, a credibilidade dos superiores e as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal (Rego & Souto, 2004).

É fácil de imaginar que em organizações saudáveis e autênticas as pessoas se envolvam no trabalho e invistam nas tarefas com prazer. É justamente essa a essência do conceito de *compromisso com o trabalho*. Este é um conceito duplamente ilustrativo do movimento positivo da saúde no trabalho. Por um lado, representa uma dimensão positiva da atitude

dos indivíduos face ao trabalho, como veremos de seguida. Por outro lado, *nasceu* diretamente de um outro conceito, ele próprio igualmente emblemático da perspetiva deficitária da saúde: o *burnout*. Inicialmente, o compromisso com o trabalho era apresentado como a antítese positiva do *burnout*; ambos os constructos eram, inclusive, medidos pelo mesmo instrumento (*Maslach Burnout Inventory*), na medida em que as três dimensões avaliadas os permitiam assinalar: à exaustão, cinismo e ineficácia do *burnout* correspondiam a energia, envolvimento e eficácia do compromisso com o trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). *Burnout* e compromisso com o trabalho passaram a ser conceitos simétricos, com o *burnout* a representar uma erosão do compromisso com o trabalho (Maslach & Leiter, 1997, como citado por Maslach et al., 2001). No entanto, o conceito de compromisso com o trabalho autonomizou-se relativamente ao de *burnout*, vindo a ser definido e operacionalizado de modo independente. Na realidade, evidências empíricas recentes confirmam mesmo que o compromisso com o trabalho e o *burnout* não são o oposto operacional um do outro (portanto, não são conceitos simétricos, ou pelo menos simetricamente operacionalizáveis), mas sim constructos independentes que influenciam, cada um por si e de seu próprio direito, a saúde e o bem-estar – aliás, o estudo em questão mostrou mesmo que o compromisso com o trabalho influencia de forma mais significativa a saúde que o *burnout* (Hakanen & Schaufeli, 2012). O compromisso com o trabalho é “um estado positivo, pleno e afetivo-motivacional de bem-estar relacionado com o trabalho (...) caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção” (Bakker, Schaufeli, Leiter & Taris, 2008). Os indivíduos comprometidos com o trabalho são energéticos, entusiastas e absorvidos com o trabalho. O trabalho preenche-os, e eles investem esforço na sua prossecução, denotando resiliência mental para persistir mesmo perante as adversidades. Concentram-se de tal modo intensamente no seu trabalho, que não dão pelo tempo passar e têm dificuldade em se desligar dele. Ao envolverem-se fortemente no trabalho, experimentam sentimentos de significado, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio (Bakker et al., 2008). Apesar do compromisso com o trabalho depender de algumas características pessoais (otimismo, autoeficácia, autoestima), ele é também função de recursos organizacionais como o apoio social de colegas e superiores, fornecimento de *feedback* sobre o desempenho, variedade de tarefas, autonomia, e oportunidades de aprendizagem (Bakker et al., 2008).

Os conceitos e modelos representantes da perspetiva positiva do comportamento organizacional que acima referimos não incluem o *coping* no centro do seu discurso teórico. Deixam apenas transparecer que é mais fácil lidar com o stresse, porque sugerem que ele é diminuto. No limite, afirmam-se como recurso para o *coping* no trabalho (Kets de Vries, 2001). Com efeito, é também verdade que, do ponto de vista concetual, poderá não fazer grande sentido teorizar sobre o *coping*, tendo em conta que ele foi inicialmente definido como esforços para lidar com a ameaça (Lazarus, 1966). E as organizações saudáveis, associadas aos pontos fortes dos indivíduos (como o compromisso com o trabalho), são tudo menos ameaçadas. É neste enquadramento que Nelson & Simmons (2005, 2011) propõem o conceito alternativo de *savoring*, no contexto do seu modelo holístico do stresse no trabalho.

O modelo holístico de stresse no trabalho começou a ser desenvolvido na viragem do século e inscreve-se na abordagem positiva do comportamento organizacional, situando o seu objeto de estudo nos recursos, forças e capacidades psicológicas positivamente orientadas para a melhoria da gestão e do rendimento nas organizações. Não se interessa, portanto, em prevenir, minimizar ou corrigir deficiências e fraquezas, mas sim em promover e manter capa-

idades. Define-se como holístico porque se interessa tanto pelo lado positivo da resposta de stresse, como pela sua contraparte negativa. Nelson & Simmons (2005) baseiam-se na distinção proposta por Selye (1978, p.74) entre *distress* e *eustress*: o *distress* é a “variedade desagradável e prejudicial” do “conceito geral de stresse”, indicada pelo prefixo *dis* (“do Latim *dis* = mau” [na verdade, o significado de *mal* e *dificuldade* remete para o termo grego *dýs*]), enquanto o *eustress* (“do Grego *eu* = bom, como em [...] euforia) é “agradável e curativo” (Ramos, 2001, p. 51). Ambos são a resposta do organismo a exigências, e quer no *eustress*, quer no *distress* “o corpo sofre virtualmente as mesmas respostas inespecíficas aos vários estímulos positivos ou negativos”. Selye acrescenta: “*the fact that eustress causes much less damage than distress graphically demonstrates that it is “how you take it” that determines, ultimately, whether one can adapt successfully to change*”. Apesar de intuitiva, trata-se de uma definição insatisfatória. Selye (1978) não dispensou muito mais palavras à sua definição que aquelas citadas acima; tendo em conta o índice remissivo do livro, que tem 515 páginas, Selye dedicou à distinção entre *eustress* e *distress* um parágrafo de 22 linhas. Em rigor, é insuficiente para considerarmos como *teórica* essa distinção; talvez fosse mais apropriado designá-la de *hipotética*, se não mesmo *especulativa*. O modelo de Nelson & Simmons (2011) colmata esta falha teórica.

Nelson & Simmons (2005) consideram que o *eustress* e o *distress* são respostas separadas e distintas e que ambas constituem a resposta de stresse. No entanto, o estudo do stresse no trabalho tem-se centrado unicamente na resposta negativa, no *distress*, e na forma como a remediar, havendo uma ausência inexplicável do estudo da resposta positiva, do *eustress*. Neste sentido, uma perspetiva holística do stresse impõe que se estude também o *eustress*. O *eustress* traduz uma resposta positiva a um stressor, e manifesta-se pela presença de estados psicológicos positivos, como a esperança, o significado ou a manejabilidade. O *distress* representa uma resposta negativa às exigências do trabalho, e manifesta-se através de estados psicológicos negativos, como a raiva, o afeto negativo ou a alienação pelo trabalho. Assim, o modelo holístico do stresse propõe-se compreender de modo mais completo a experiência do stresse, propondo incluir o estudo do *eustress*, dos pontos fortes dos indivíduos e do *savoring*. Note-se que a importância do *eustress* havia já sido destacada por outros autores, como Schwarzer & Taubert (2002), a propósito do seu modelo de *coping* proactivo (Cf. Capítulo 1.3). Porém, na literatura é discutível que exista um tal fenómeno de stresse positivo *em si mesmo*. Com efeito, a ideia de *eustress* tem sido criticada, sobretudo por poder representar *vinho velho em garrafa nova*, ao descrever outros fenómenos já identificados; por exemplo, Miranda Santos (1988, p. 237) questiona se o *eustress* não é mais que “simplesmente a capacidade de iniciativa, de criatividade”. Talvez por isso, Nelson & Simmons (2011) deixam de recorrer a esses dois termos e optam por falar em respostas positivas e respostas negativas. O modelo holístico do stresse no trabalho é um modelo inspirado no modelo transacional de Lazarus & Folkman (1984), e portanto de natureza cognitiva. Neste sentido, os processos de avaliação cognitiva assumem grande centralidade. A noção cognitiva-transacional central de Nelson & Simmons é a possibilidade da avaliação de ameaça e da de desafio ocorrerem em simultâneo, o que faz com que as respostas positivas e negativas de stresse se desenrolem igualmente em paralelo. Sendo diferentes mas relacionadas, impõem que sejam observadas de modo diferente. A distinção entre *coping* (reservado a situações de resposta negativa, ou *distress*) e *savoring* (mais adequado a situações de respostas positivas, ou *eustress*) é uma das mais importan-



tes implicações conceituais do modelo. Destacamos os seus princípios teóricos: (1) as exigências stressoras são inerentemente neutras; (2) a avaliação cognitiva resulta numa resposta simultaneamente positiva e negativa; (3) os traços individuais moderam a relação entre exigências e respostas, pois afetam a forma como as pessoas avaliam o que lhes é exigido; (4) as respostas positivas e negativas manifestam-se (fisiológica, psicológica e comportamentalmente) em simultâneo e de forma complexa em reação a qualquer exigência; (5) os indivíduos selecionam estratégias ou para eliminar e reduzir as respostas negativas ou para acentuar e aproveitar as respostas positivas; (6) as respostas positivas e negativas assumem um impacto diferenciado no trabalho; (7) a relação entre as respostas e os resultados no trabalho é moderada por normas tácitas ou explícitas acerca do comportamento dos indivíduos na organização. A eles no referiremos enquanto apresentamos sucintamente o modelo seguindo a sua representação gráfica na Figura 2.12.

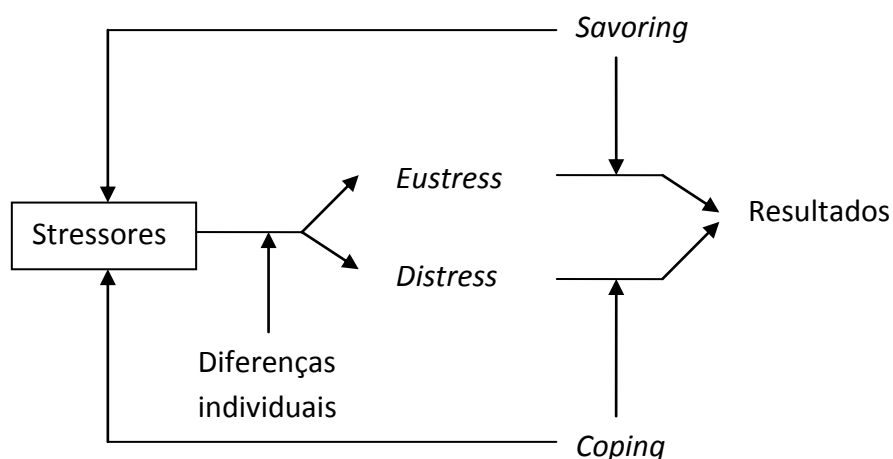


Figura 2.12. Modelo Holístico do Stresse no Trabalho  
(adaptado de Nelson & Simmons, 2011, p. 56)

Nelson & Simmons (2011) consideram cinco grupos de exigências geradoras de stresse no trabalho, aquelas associadas ao papel organizacional (conflito, ambiguidade, trabalho/família), as exigências interpessoais (diversidade, liderança, confiança...), stressores físicos (temperatura, iluminação, *design* do escritório...), políticas de trabalho (promoção, discriminação...) e condições de trabalho (trabalho rotineiro, sobrecarga, variedade de tarefas...). Estas causas de stresse são em si mesmas neutras. Tal como adiantámos no Capítulo 2.1, o ambiente psicossocial do trabalho tanto pode manifestar-se stressor, como recurso de coping. A avaliação cognitiva é influenciada por características individuais, como otimismo, resiliência (*hardiness*), *locus* de controlo ou sentido interno de coerência, e resulta na sua resposta global de stresse, como uma componente positiva e outra negativa. Antes, porém, e em abono do rigor, importa salientar que Lazarus não considera as transações avaliadas como benignas enquanto stressoras (Coyne & Lazarus, 1980), assim como a teoria mais recente também não considera as transações avaliadas como desafio como geradoras de stresse (e.g., Carver & Connor-Smith, 2011). Nelson & Simmons (2011) parecem ter integrado este aspeto teórico, por comparação com alguma confusão conceitual inicial (Nelson & Simmons, 2005). Enquanto dura o encontro

de stresse, os indivíduos vão experimentando estados psicológicos positivos (esperança, vigor, compromisso, satisfação) em simultâneo com estados psicológicos negativos (raiva, frustração, ansiedade, afeto negativo), alternando experiência de desfrute com experiências de esforço adaptativo. É em função da eficácia das suas estratégias de *coping* e de *savoring*, e da maneira como as primeiras reduzem a discrepância entre as exigências e a capacidade de resposta e as segundas aproveitam, prolongam e sustentam um estado produtivo e saudável, que se observam os resultados holísticos do stresse ao nível da saúde (física e mental), rendimento na organização, saúde do cônjuge, qualidade marital, qualidade parental, qualidade das amizades, e envolvimento na comunidade.

Nelson & Simmons (2005) haviam já verificado empiricamente as suas proposições teóricas, confirmando o modelo: o *eustress* distingue-se do *distress*. As estratégias de *savoring* (apesar dos autores não utilizarem esta designação) estudadas foram a esperança e o significado, em dois grupos de enfermeiros. Nelson & Simmons encontraram suporte empírico para o seu modelo ao verificarem que um forte vínculo emocional com o trabalho (significado) e a esperança contribuíram para que os sujeitos se mantivessem envolvidos ativamente no seu trabalho, e por essa via, autopercecionassem melhor estatuto de saúde. Apesar de assumir que algumas pessoas crescem e prosperam em situações de stresse, o modelo holístico explica menos que outras teorias (por ex., o *coping* transformacional de Aldwin, 1994, 2007) como é que os comportamentos, emoções e pensamentos dos indivíduos *aproveitam* os encontros de stresse, dando a entender, inclusive, que esse efeito depende não daqueles, mas de características atribuíveis à personalidade. Por fim, esta última característica encerra uma nova possível crítica, a de que o *savoring* descreva outros constructos, como a resiliência (*hardiness*; Cf. Capítulo 1.2), o compromisso com o trabalho, ou a experiência ótima que Csikszentmihalyi (2002) definiu como *fluxo*. Como se trata de um modelo recente e em construção, é expectável que os seus desenvolvimentos teórico-empíricos venham a esclarecer estas dúvidas, de modo a salvaguardar a sua grande pertinência e os seus méritos na estimulação de uma perspetiva positiva na abordagem do stresse e do *coping* (ou melhor: *savoring*) no trabalho. Quanto a nós, pensamos que a sua maior virtude reside na possibilidade de desvendar os mecanismos e processos subjacentes ao *desfrutar* dos encontros de stresse, e à dúplice ideia de prevenir o stresse (negativo) e de gerar stresse (positivo).

As organizações saudáveis, bem como as atitudes saudáveis dos trabalhadores, encerram a promessa de não apenas reduzir o stresse e o mal-estar associado ao trabalho, mas sobretudo de transformar o trabalho em contexto e atividade de bem-estar e felicidade. Ou, dito de outra forma, de *fluxo*, o conceito proposto por Csikszentmihalyi (2002) para revisitar cientificamente a ideia de felicidade. Fluxo é a experiência ótima. Trata-se de um estado de consciência harmoniosamente ordenada e de grande envolvimento numa atividade. “A própria experiência é tão agradável que as pessoas a realizam pela simples razão de a realizar, mesmo que por um preço muito elevado. (...) estão tão embrenhadas numa atividade que nada mais parece importar” (Csikszentmihalyi, 2002, p. 21). A gratificação experienciada numa tal atividade é tão grande que as pessoas se dispõem “a realizá-la pelo que ela vale, pouco se preocupando com o que daí obterão” (p. 107). O fluxo pressupõe uma concentração intensa, a sensação de capacidade face aos desafios, a indisponibilidade para pensamentos irrelevantes ou preocupações, a ausência de consciência (autónoma, acrescentamos) de nós mesmos, e a ausência de consciência da passagem do tempo. Fluir é ser feliz. E apesar de a ideia de fluxo se

aplicar com maior propriedade ao artesanato envolvido no seu ofício, talvez as organizações saudáveis sejam a condição *sine qua non* para que os trabalhadores mentais vivenciem também a experiência ótima de fluxo.

### 2.2.2. Dados empíricos

Sugere a literatura que, no trabalho, as pessoas usam predominantemente estratégias de *coping* voltadas para a resolução dos problemas, uma vez que as circunstâncias são mais controláveis que em outras situações de vida, como uma doença crónica (não podendo alterar essa circunstância, o *coping* mais indicado parece ser a autorregulação emocional) (Dewe, O’Driscoll & Cooper, 2010; Skodol, 1998). Isto mesmo havia sido já constatado por Folkman & Lazarus (1980, p. 219), quando concluíram que “os contextos de trabalho favorecem o *coping* focado nos problemas, e os contextos de saúde favorecem o *coping* focado nas emoções”. De uma maneira geral, a literatura indica que o *coping* mais “produtivo” no trabalho é o focado nos problemas, sobretudo quando algo pode ser feito ou a situação é controlável. Esta possibilidade de controlo, aliás, é o elemento que acaba por definir a “regra” com que as pessoas parecem lidar com o stresse no trabalho. Assim, quando há possibilidade de controlo (1) um *coping* ativo associa-se a maior bem-estar psicológico e maior satisfação no trabalho e (2) um *coping* de evitamento revela-se mais prejudicial.

Nomura, Nakao, Sato, Ishikawa & Yano (2007) investigaram a relação entre o stresse ocupacional (exigências do trabalho, controlo, e tensão [*strain*]), o *coping* (*coping* ativo, escape, busca de apoio, reconciliação e supressão emocional) e os sintomas físicos (os mais comuns foram fadiga, rigidez muscular nos ombros e perturbações do sono) em 185 trabalhadores de escritório japoneses de uma mesma empresa. Os autores verificaram que apenas o *coping* ativo se associava significativamente com o número de sintomas somáticos. As análises estatísticas efetuadas demonstraram que o número de sintomas diminuía à medida que o uso de *coping* ativo aumentava. Torkelson & Muhonen (2004) verificaram que o *coping* de busca de apoio social emocional se associava com menores sintomas (dores de cabeça, distúrbios de sono, sentimentos de desesperança, nervosismo, preocupação, tonturas, desmaios, palpitações cardíacas), e não o de resolução de problemas, como inicialmente as autores esperavam, ao passo que a focalização nas emoções e o desligamento pelo uso de substâncias se associavam com maior número de sintomas, num estudo com 279 comerciais de uma companhia telefónica sueca. O *coping* positivo (focado nos problemas) relaciona-se com níveis mais baixos de ansiedade e depressão e com níveis mais elevados de satisfação no trabalho em 307 académicos e administrativos universitários ingleses; estes dois indicadores não apresentam diferenças significativas comparáveis com uma amostra de 120 sujeitos trabalhadores exteriores ao meio universitário, ainda que os universitários tenham registado índices mais elevados de depressão e ansiedade (Mark & Smith, 2012a). David & Quintão (2012) estudaram a relação do *burnout* com traços de personalidade, afetividade, estratégias de *coping* e satisfação com a vida em 440 professores portugueses do primeiro ciclo ao ensino universitário, e verificaram que aqueles que usavam estratégias focadas nas emoções (sobretudo, descarga emocional) registavam níveis mais elevados de *burnout*, enquanto aqueles que optavam por estratégias focadas nos problemas declaravam maior realização pessoal. As autoras atestam a consistên-

cia dos seus resultados e conclusões com a literatura precedente. Cento e vinte e nove enfermeiros australianos forneceram indicadores de stresse (causas), *coping*, uso do humor enquanto resposta de *coping*, satisfação profissional e estado de espírito (humor, disposição), e os resultados mostraram que o *coping* de evitamento (que foi a estratégia menos usada) é preditor de distúrbios de humor. O *coping* de resolução de problemas (foi a estratégia mais usada pelos enfermeiros) não apresentou poder preditor e o *coping* pelo humor não revelou efeito atenuador sobre a disposição do humor. Infelizmente, Healy & McKay (2000) não testaram as relações entre o *coping* e a satisfação profissional. Healy & McKay consideram que os resultados do seu estudo apoiam o modelo transacional de stresse, uma vez que a percepção de stresse e o *coping* foram influenciados pelos fatores situacionais.

No geral, o impacto do tipo de *coping* sobre a saúde no trabalho parece não depender grandemente de diferenças culturais, ainda que se observem variações parciais e especificidades idiossincráticas. Mache (2012) comparou o stresse percebido e o *coping* em 310 médicos alemães e 256 médicos australianos, e verificou existirem semelhanças e diferenças nas estratégias de *coping* entre os dois grupos. Este resultado geral alerta para a necessidade de estudos transculturais sobre o *coping* no trabalho e para a observação de possíveis diferenças a esse nível no desenho de intervenções de promoção da saúde ocupacional. Quer os médicos alemães quer os médicos australianos relataram usar várias estratégias de *coping*, sendo as mais comuns o planeamento, o *coping* ativo e a reinterpretação positiva. Comparativamente, os médicos alemães usam mais o apoio instrumental e o planeamento que os seus colegas australianos, ao passo que estes recorrem mais à religião, humor e aceitação que os germânicos. No que se refere aos três tipos de *coping*, os alemães usam mais o *coping* focado nos problemas, enquanto os australianos usam mais o *coping* focado nas emoções; não se verificaram diferenças ao nível do *coping* disfuncional. Schreuder et al. (2012) estudaram o *coping*, a saúde e o ambiente psicossocial do trabalho de 1428 enfermeiros noruegueses e 386 enfermeiros holandeses e verificaram que em ambos o uso de *coping* passivo se associava a fraca saúde geral e a fraca saúde mental. O *coping* de resolução de problemas associava-se à saúde mas apenas na amostra norueguesa. Os autores justificaram esta diferença (e outras encontradas no estudo) às especificidades ocupacionais de cada amostra (por ex., enfermeiras norueguesas com mais controlo e suporte no trabalho, as enfermeiras holandesas trabalham mais horas por semana). Chen, Siu, Lu, Cooper & Phillips (2009) estudaram 843 chineses trabalhando em empresas nacionais ou multinacionais, e avaliaram causas e consequências do stresse ocupacional, apoio social, quatro estratégias de *coping* (*coping* ativo, “empanturramento”/bebida excessiva, passividade e distanciamento) e depressão. O estudo revelou que a passividade contribuiu para os sintomas depressivos (resultado que reforça as indicações prévias da literatura) e que o distanciamento desempenhou uma função moderadora, atenuando a relação entre causas de stresse e depressão (a relação é mais fraca quando o distanciamento é usado). Os autores discutem este último dado em termos culturais, associando o distanciamento à filosofia tradicional chinesa do taoísmo, nomeadamente aos princípios que advogam deixar os acontecimentos seguir o seu caminho (*dao*) e abdicar de intervir (*wuwei*), no sentido de não se envolver em esforços irrealistas para alcançar o sucesso rapidamente.

Mark & Smith (2012b) avaliaram as exigências do trabalho, o apoio social, o controlo (autoridade de decisão e discriminação de competência), esforço, sobrecompromisso e recompensas, estratégias de *coping*, e ansiedade e depressão em 870 enfermeiros ingleses. No

que respeita ao *coping*, verificaram que as estratégias positivas (resolução de problemas, planeamento, procura de ajuda...) se associavam negativamente com a ansiedade e a depressão, enquanto as estratégias de *coping* negativo (autoculpabilização, escape/evitamento, ideação fantasiosa...) se relacionavam positivamente com sintomas ansiosos e depressivos. As diferenças individuais ao nível do *coping* faziam variar os índices de ansiedade e depressão mais do que os fatores das exigências do trabalho-controlo-apoio e do esforço-recompensa isoladamente. Os autores salientam ainda (p. 517) que

os dados mostraram que os comportamentos de *coping* negativo eram geralmente mais importantes pelos pesos dos betas estandardizados nas regressões que os comportamentos de *coping* positivo, sugerindo que uma ausência de comportamentos de *coping* negativo pode de facto estar mais associada a resultados positivos de saúde mental que a presença de comportamentos de *coping* positivo.

Será que a sugestão de Mark & Smith (2012b) se verifica não apenas com indicadores de saúde individual, mas também com variáveis dependentes ocupacionais, como por exemplo a satisfação profissional, o absentismo, o presentismo, o *turnover* e o rendimento? Welbourne, Eggerth, Hartley, Andrew & Sanchez (2007) verificaram que as estratégias de *coping* de resolução de problemas, reestruturação cognitiva e procura de apoio se associam a uma maior satisfação no trabalho, por oposição ao *coping* de evitamento, num estudo sobre o papel mediador do *coping* na relação entre o estilo atribucional e a satisfação no trabalho em 190 enfermeiros norte-americanos. Schreuder et al. (2011) analisaram a relação entre o *coping* e o absentismo, um tema relativamente pouco investigado. Os resultados verificados encontravam-se em linha com as sugestões empíricas anteriores. A equipa de investigadores estudou o estatuto de saúde, o *coping* e o absentismo por doença em 386 enfermeiras holandesas. Os autores assumiram três tipos de *coping*: resolução de problemas, social (busca de apoio) e paliativo/evitamento (busca de distração e evitamento de problemas); neste último caso, juntaram duas escalas para uma mesma medida. O absentismo foi avaliado a partir dos registos hospitalares, e foram considerados dois tipos: o curto, até sete dias, e o longo, superior a sete dias de ausência do trabalho. Os resultados revelaram associações negativas entre o *coping* de resolução de problemas e o número de episódios longos de absentismo, e entre o *coping* social e o número de episódios de absentismo, tanto curtos como longos. As associações entre o *coping* e o absentismo por doença, porém, perderam significado após controlo do estatuto de saúde, o que sugere uma forte correlação entre *coping* e saúde. Não se registaram associações significativas entre o *coping* paliativo/evitante e o absentismo, talvez porque a combinação das duas escalas tenha anulado os efeitos teóricos previsíveis de cada uma delas, opostos entre si: evidências anteriores sugeriam que o *coping* paliativo fazia diminuir a probabilidade de absentismo, enquanto o *coping* de evitamento a aumentava. O estudo da relação do *coping* com o presentismo é ainda mais escasso, praticamente inexistente na literatura. Coelho (2013) estudou 58 colaboradores portugueses de uma empresa da indústria automóvel, e os seus resultados parecem sugerir que as estratégias de *coping* mais adaptativas (*coping* ativo, planeamento e reinterpretção positiva) se associam a menor presentismo. A autora verificou que os indivíduos que recorrem mais ao apoio instrumental dos outros, ao humor e ao uso de substâncias reportam menores perdas de produtividade relacionadas com o presentismo. Estes dados devem ser interpretados com cautela, seja pelas características da amostra (reduzida dimen-

são, baixos níveis de presentismo, utilização geral de boas estratégias de *coping*, elevada satisfação, boa autopercepção de saúde no trabalho), seja porque a análise dos resultados incluiu sujeitos sem presentismo declarado. A literatura indica que o *coping* pode influenciar outro importante indicador organizacional de stresse, o *turnover*. Lee (2004) sugere que um nível elevado de estratégias de *coping* enfraquece a relação entre stresse ocupacional e intenção de *turnover*, fazendo com que o stresse percebido deixe de possuir poder preditivo sobre a intenção de *turnover*. Lewin & Sager (2010) verificaram que a autoeficácia e o *coping* focado nos problemas faziam reduzir a intenção de *turnover* em vendedores norte-americanos, e que esse efeito era maior que o da autoeficácia considerada isoladamente. Estes autores conferiram ainda que a combinação do *locus* de controlo externo e de *coping* focado nas emoções fazia aumentar a intenção de *turnover*. Neste caso, e ao contrário do anterior, o *coping* focado nas emoções não fazia aumentar a intenção de *turnover* para além da prevista isoladamente pela externalidade do controlo. O *turnover* não é apenas um indicador de mal-estar ocupacional, uma vez que ele pode ser considerado uma estratégia positiva de ajustamento e desenvolvimento da carreira, quando o trabalho atual não oferece essa experiência ou oportunidade. Wright & Bonnet (1991) estudaram o *turnover* nesta aceção, e verificaram que o *coping* de crescimento (subescala do WCC) se associava positivamente com o *turnover* em 113 funcionários judiciais norte-americanos, num estudo longitudinal que avaliou não a intenção de *turnover*, mas o *turnover* efetivo. Os autores dividiram a amostra em três grupos, um que não registou *turnover*, outro de indivíduos que mudaram de departamento na mesma organização ou para uma ocupação similar (*turnover* intraorganizacional), e um terceiro, composto por casos de sujeitos que mudaram para outra organização ou ocupação exterior à área da justiça (interorganizacional); avaliou-se a satisfação profissional, o *coping* de crescimento e o *turnover*. Os resultados mostraram que a informação relativa à satisfação profissional e ao *coping* previa o *turnover* efetivo em 66.4% dos sujeitos. Ou seja, os indivíduos que usavam elevado *coping* de crescimento aproveitavam o *turnover* para aumentar a sua satisfação profissional. O estudo de Wright & Bonnet é um dos pioneiros na análise da influência do *coping* sobre indicadores organizacionais, e os seus resultados levaram mesmo os autores a sugerir que investigações futuras sobre os comportamentos organizacionais (como o *turnover*, absentismo ou desempenho) incluíssem a consideração dos modos de *coping* dos empregados. Lu, Kao, Siu & Lu (2010) estudaram 380 empregados em três regiões chinesas (Pequim, Hong Kong e Taipé) para testar os efeitos dos stressores ocupacionais e das estratégias de *coping* (relaxamento/passatempos, busca de apoio social, ação ativa e adaptação passiva) no rendimento ocupacional (da tarefa [quantidade de trabalho, qualidade do trabalho] e contextual [conhecimento do trabalho, assiduidade e convívio com colegas]). Os autores constataram a existência de efeitos combinados das causas de stresse e das estratégias de *coping* sobre o rendimento. No que respeita às estratégias de *coping*, o *coping* positivo associava-se positivamente com o rendimento no trabalho. Em concreto, a busca de apoio social relacionava-se positivamente com a quantidade de trabalho e o convívio, e o *coping* ativo relacionava-se positivamente com a assiduidade e o conhecimento. As estratégias de *coping* passivas relacionavam-se negativamente com o rendimento: quantidade de trabalho, qualidade do trabalho e convívio com colegas eram negativamente afetadas pela adaptação passiva. Estes resultados corroboram e alargam indicações empíricas anteriores sobre a relação do *coping* com a *performance* no trabalho.

Apesar da literatura indicar que o *coping* ativo é por norma mais benéfico em termos de saúde e rendimento, há lugar para questionar se o *coping* não ativo poderá contribuir para essas mesmas consequências positivas. Shimazu & Kosugi (2003) examinam os efeitos do *coping* ativo (e.g., seguir um plano de ação) e não ativo (distanciamento, busca de apoio social, resignação e restrição emocional), isoladamente e combinados, em 4487 homens japoneses trabalhando na investigação e desenvolvimento numa indústria automóvel, distribuídos por quatro grupos de situações stressoras (exigências cognitivas, sobrecarga, ambiguidade do papel e insuficiente autoridade). Foram avaliadas causas de stresse, *coping* e mal-estar psicológico, e três resultados importantes foram reportados. Em primeiro lugar, o *coping* ativo revelou-se eficaz na redução do mal-estar psicológico independentemente dos stressores considerados; com exceção do recurso ao apoio social, as restantes formas de *coping* não ativo aumentavam o mal-estar psicológico. Em segundo lugar, a eficácia do *coping* diminuía em situações que exigiam um *coping* mais “esforçado” (ambiguidade do papel e insuficiente autoridade). Em terceiro lugar, registaram-se interações entre o *coping* ativo e o não ativo, principalmente nas situações que requeriam mais esforço. Dois tipos de efeitos interativos foram observados: moderadores e reforçadores. Os efeitos moderadores registaram-se entre o *coping* ativo e o distanciamento e a busca de apoio social, com o recurso a estes dois tipos de *coping* não ativo a suportar a eficácia do *coping* ativo entre indivíduos com elevado nível de *coping* ativo. Ou seja, para este tipo de indivíduos, distanciar-se da situação permite descansar e recentrar-se, e a busca de apoio fornece suporte emocional, informativo e instrumental que favorece os seus esforços de *coping*. Os efeitos reforçadores verificaram-se sobretudo entre o *coping* ativo e a restrição emocional, contribuindo esta para aumentar o mal-estar psicológico. Shimazu & Kosugi explicam que os indivíduos com elevado *coping* ativo necessitam amiúde de aguardar para poder empreender os seus esforços de *coping*, e que essa espera, gerando mal-estar, suporia a expressão emocional do mesmo, e não a repressão da sua “libertação”. Em suma, o *coping* ativo diminui o mal-estar psicológico em situações mais controláveis, enquanto noutras mais exigentes parece ser vantajosa a participação de estratégias não ativas (distanciamento e uso de apoio social, bem como expressão de sentimentos). Dewe et al. (2010) citam estudos sobre *coping* com *bullying* no trabalho que revelam ser o evitamento a estratégia de *coping* mais usada, para evitar a escalada da violência. No entanto, os mesmos autores referem que num caso desses pode ser impossível que pessoas sozinhas resolvam o *bullying* de que são alvo, e que esse problema deveria ser resolvido pela organização. A uma mesma conclusão chegou Conde (2009), através da análise de narrativas de 10 empregados por conta de outrem e funcionários públicos portugueses vítimas de *bullying*. A autora verificou que os sujeitos haviam recorrido tanto a estratégias de *coping* ativas como passivas: passividade, enfrentamento do perpetrador, tentativa de compreensão da situação e abandono da organização. Já as testemunhas do *bullying* usavam apenas estratégias passivas (apoio moral à vítima, ostracização da vítima, incentivo ao perpetrador). Conde conclui que as vítimas de *bullying* pouco ou nada podem fazer, e que os seus esforços de *coping* se revelam predominantemente infrutíferos: “parece-nos quase impossível que uma vítima se oponha eficazmente a um perpetrador mais poderoso que ela”, habitualmente o seu superior hierárquico, pelo que “só com a intervenção (...) dos Órgãos de Controlo da Empresa, é possível colocar um fim ao *bullying*” (p. 90). Ou seja, os efeitos benéficos da combinação de formas de *coping* não ativo com *coping* ativo e a aparente inviabilidade de estratégias de *coping* individual ativo em determinadas situações de stresse, faz-nos regressar à regra inicial: havendo possibilidades de controlo bem-

sucedido, as pessoas optam por confrontar as causas de stresse, caso contrário, optam por se distanciar e “desligar”.

Importa acrescentar que a pesquisa sobre o *coping* no trabalho não se esgota na utilização dos questionários habituais (na maioria, o WCC, Brief COPE e escalas de *coping* de questionários gerais do stresse no trabalho), nem sequer em metodologias quantitativas (vide o exemplo de Conde [2009], atrás citado) nem ignora a consideração de stressores específicos ou de grupos profissionais particulares. Apoiando-se num modelo teórico de resolução de conflitos, Tabak & Koprak (2007) estudaram a forma como 117 enfermeiros israelitas (dos quais 112 mulheres) lidam com o conflito interpessoal com médicos. Ou seja, estudaram o *coping* com uma situação específica, sem no entanto terem utilizado uma escala de *coping* para tal. Os autores avaliaram cinco táticas de resolução de conflitos (derivadas do modelo teórico de base: integração, dominação, compromisso, obediência e evitamento), em quatro cenários ocupacionais propostos, o stresse ocupacional e a satisfação profissional. Os resultados revelaram que a escolha das táticas de abordagem dos conflitos se correlaciona com os níveis de stresse experimentados pelos enfermeiros. Os enfermeiros que optaram por táticas assertivas de integração e dominação apresentam menores níveis de stresse no trabalho, por comparação com os colegas que escolheram as de obediência e evitamento. O facto da população estudada ser constituída por enfermeiros séniores, com poder e estatuto, poderá, no entanto, limitar a extrapolação dos resultados à população geral de enfermeiros. Dewe et al. (2010) compilam resultados empíricos sobre o *coping* com stressores específicos, assunto em que a literatura é ainda esparsa. Aproveitamos a sua revisão relativa ao *coping* com as exigências do trabalho, o aborrecimento, a mudança organizacional, o conflito interpessoal e o *bullying*. O uso da gestão do tempo como forma de lidar com as exigências do trabalho contribui para aliviar os sintomas de stresse e relaciona-se positivamente com o bem-estar psicológico. No entanto, esta relação é parcialmente moderada por sentimentos de controlo; a gestão do tempo não é tão eficaz se a pessoa dispõe de reduzido controlo sobre as exigências ocupacionais, além de requerer um esforço adicional de autodisciplina e de focalização na concretização das tarefas. O envolvimento ativo no trabalho e a manutenção do foco na tarefa parecem ser as estratégias de *coping* indicadas para lidar com o aborrecimento no trabalho. Os comportamentos de *coping* mais adaptativos para lidar com a mudança organizacional (cujos efeitos sobre os indivíduos são moderados pela autoeficácia e o controlo) são manter-se ocupado, manter uma perspetiva positiva, fé e reavaliação de expectativas. O tipo de *coping* mais eficaz parece ser o focado nos problemas: resolução de problemas, busca de apoio social, reestruturação cognitiva, distração ativa e uso de humor. O conflito interpessoal reduz o bem-estar subjetivo, causa mal-estar e aumenta o *burnout* quando o *coping* utilizado é de evitamento (evitar lidar com o outro), de *forcing* (gritar), de escape ou de desinvestimento. O *coping* que procura a integração ente os conflitantes associa-se a uma redução do stresse e a um aumento da satisfação no trabalho. Não obstante, as estratégias de *coping* ativo só são eficazes quando há controlo e o conflitante se disponibiliza para uma solução construtiva. Existe reduzida literatura acerca do *coping* em grupos profissionais específicos. Dewe et al. (2010) referem apenas os polícias e os enfermeiros, para quem o *coping* ativo (resolução de problemas e procura de apoio social) apresenta maior probabilidade de resultados positivos, enquanto, tipicamente, o *coping* de evitamento não resulta positivo.



Uma vez revista de forma ilustrativa (que não exaustiva) a literatura que caracteriza o *coping* no trabalho mais eficaz e adaptativo (i.é., saudável e proficiente), voltamo-nos agora para aquela que procura compreender os mecanismos dos seus efeitos.

Ingledeu, Hardy & Cooper (1997) não encontraram evidência empírica que suporte o efeito moderador do *coping* na relação entre causas de stresse e recursos (controlo e apoio social), e o bem-estar. Apesar dos autores questionarem a generalização dos resultados do seu estudo, esta constatação empírica contraria o *cliché* de que os efeitos do stresse no trabalho sobre o bem-estar dos indivíduos são moderados pelo *coping*. O que o seu estudo permite concluir é que os recursos reforçam o *coping* e o *coping*, por seu lado, atenua o stresse no trabalho (via ação direta sobre o bem-estar). Os autores verificaram que o controlo interno (principalmente, eficácia, controlo interpessoal e autocontrolo) suporta e reforça o *coping* focado nos problemas (principalmente, o *coping* ativo) e que o apoio social percecionado reforça o *coping* focado nas emoções (ainda que o efeito seja modesto). Constataram ainda que à medida que os stressores aumentam, o *coping* de evitamento aumenta entre os sujeitos com baixa internalidade do controlo ou pouco suporte social percecionado. Ingledeu et al. interpretam este último dado como uma prova de que as pessoas em stresse tendem a evitar os problemas, a menos que disponham dos meios para lhes fazer face. Por fim, os dados revelam que o *coping* tem um efeito direto sobre o bem-estar. Em particular, o *coping* focado nos problemas e o *coping* focado nas emoções possuem efeitos benéficos sobre o bem-estar, enquanto o *coping* de evitamento tem efeitos prejudiciais a longo prazo.

A literatura fornece evidências empíricas da existência de efeitos moderadores parciais do *coping*. Brown, Westbrook & Challagalla (2005) comprovaram que o *coping* tem um efeito moderador da emoção negativa sobre o desempenho no trabalho. Em concreto, o *coping* de autocontrolo atenua o efeito adverso das emoções negativas no rendimento, enquanto a expressão das emoções amplifica esse efeito. O autocontrolo apresentou ainda um efeito direto negativo sobre o rendimento (portanto, revelou efeitos mistos). O efeito moderador do *coping* focado na tarefa não foi confirmado, mas demonstrou-se que este tipo de *coping* tem um efeito direto na *performance* no trabalho. Os autores concluem que os acontecimentos negativos no trabalho afetam adversamente o desempenho, se o *coping* for mal-adaptativo, ao passo que nas mesmas condições, o bom *coping* (adaptativo) assegura a manutenção do seu desempenho. Chen et al. (2009) confirmaram que o *coping* de distanciamento tem um efeito moderador, atenuando a relação entre causas de stresse e depressão: a relação é mais fraca quando o distanciamento é a estratégia de *coping* usada. Os autores alertam para a possível influência de fatores culturais nestes resultados, uma vez que a amostra estudada é composta por trabalhadores chineses.

Além de efeitos moderadores parciais, o *coping* é também responsável por efeitos mediadores. Delahaij et al. (2010) comprovaram o efeito mediador do estilo de *coping* e da autoeficácia do *coping* na relação entre *hardiness* e as respostas de *coping*. A resiliência influencia as respostas de *coping* através do estilo de *coping* (ou seja, as pessoas com elevada resiliência dispõem de um estilo de *coping* mais eficaz e por isso envolvem-se em respostas de *coping* mais eficazes) e influencia a avaliação cognitiva através da autoeficácia do *coping* (ou seja, as pessoas com elevada resiliência confiam mais nas suas capacidades de *coping* e por isso avaliam as situações como menos ameaçadoras). O *coping* tem um efeito mediador entre

o estilo atribucional e a satisfação no trabalho (Welbourne et al., 2007). Em vez de uma influência direta, o estilo atribucional afeta a satisfação no trabalho através do *coping*. As estratégias de resolução de problemas, de reestruturação cognitiva e de evitamento medeiam a relação entre o estilo de atribuição e a satisfação no trabalho intrínseca (aspectos inerentes às tarefas de trabalho, como o desafio, a autonomia, etc.), enquanto apenas o *coping* de resolução de problemas e o de reestruturação cognitiva medeiam a relação entre o estilo de atribuições no trabalho e a satisfação extrínseca (aspectos do trabalho sob controlo do empregador, como a segurança, as condições e as recompensas). Os autores sugerem que as estratégias de *coping* podem ser um contributo importante para a satisfação no trabalho, um tema que tem sido negligenciado pela investigação precedente.

Os efeitos do *coping* podem ser moderados por outras variáveis. Por exemplo, Shimazu & Schaufeli (2007) demonstraram que a distração modera o efeito do *coping* focado nos problemas em trabalhos (manuais) de elevado stresse (linha de montagem). A combinação de elevado *coping* de resolução de problemas com elevada distração produz menos respostas de stresse e melhora o rendimento. Quando há perceção de reduzidos stressores ocupacionais, o rendimento no trabalho é promovido pela combinação de *coping* focado nos problemas com baixos níveis de distração. O estudo de Shimazu & Schaufeli foi longitudinal, de modo a avaliar os efeitos a longo prazo da combinação do *coping* focado nos problemas e da distração em trabalhos de stresse crónico. A distração, habitualmente tida como uma estratégia de *coping* focada nas emoções, parece desempenhar uma função instrumental, ao permitir que os trabalhadores se “desliguem” e recuperem do desgaste de lidar com a situação stressora.

Por fim, o *coping* varia ao longo do tempo. Por exemplo, Fugate, Kinicki & Scheck (2002) analisaram longitudinalmente as variações do *coping* focado nas emoções ao longo de um procedimento de aquisição organizacional e concluíram que o *coping* é um processo complexo e dinâmico que muda com o tempo, como o atestam as variações com tendências lineares, cúbicas e quadráticas observadas. As mudanças concretas no *coping* avaliado traduziram-se numa diminuição do recurso à ideação fantasiosa: no início da aquisição, esta estratégia revelou-se útil, contudo o seu uso foi declinando à medida que os sujeitos iam percebendo melhor a aquisição (e então, outras estratégias de *coping* se revelaram mais úteis). Ou seja, a ideação fantasiosa era tão mais usada, quanto menor era a perceção de controlo. Não se observaram mudanças significativas no *coping* focado nos problemas ao longo do tempo.

### 2.3. Direções futuras no estudo do *coping* no trabalho

A literatura é fértil em sugestões de estudos suplementares e de direções novas a tomar na investigação do *coping* em contexto de trabalho. Muitas dessas indicações repetem-se entre si e repetem as sugestões acerca do estudo do *coping* em termos gerais. Sintetizando estas últimas, há um apelo para se estudar (1) os significados pessoais que os indivíduos atribuem ao *coping* em situações específicas, (2) o papel das emoções nos processos de stresse (Lazarus, 1993a), (3) o *coping* referente a descrições narrativas de episódios de stresse efetuadas pelos sujeitos a estudar (Coyne & Gottlieb, 1996), (4) o *coping* em estudos longitudinais, e

intraindividuais, que possibilitem (5) observações diárias, macroanalíticas e em profundidade dos comportamentos de *coping* dos indivíduos (Lazarus, 2000), (6) a estrutura do *coping* recorrendo a metodologias analíticas confirmatórias (Skinner et al., 2003), (7) o *coping* recorrendo a abordagens narrativas (Folkman & Moskowitz, 2004), como as entrevistas semiestruturadas para explorar mecanismos específicos de *coping* (Costa et al., 1996), e (8) estratégias de *coping* específicas, em vez de categorias gerais de *coping* (Carver & Connor-Smith, 2010). A investigação tem concretizado algumas destas sugestões. Por exemplo, Stanton (2011; Stanton & Franz, 1999; Stanton et al., 2000) tem elucidado teórica e empiricamente a função adaptativa do *coping* de confrontação emocional. Na realidade, todas estas sugestões se aplicam ao contexto particular do trabalho.

No que respeita especificamente ao *coping* no trabalho, ancoramo-nos nas sínteses de Dewe (2001; Dewe et al., 2010) e de Burke (2002) para destacar os desafios que se colocam à investigação sobre o *coping* no trabalho. Dewe (2001) aponta quatro direções tendentes a uma melhor integração da perspetiva transacional de Lazarus (1999; Lazarus & Folkman, 1984). Em primeiro lugar, é importante operacionalizar o conceito de avaliação primária, na medida em que ela fornece o significado que as pessoas atribuem aos encontros de stresse, sendo que esse é o processo central dos mesmos. Além disso, compreender o contexto das avaliações primárias pode concorrer para conhecer melhor o ajustamento entre as mesmas e as propriedades objetivas do ambiente de trabalho. Em segundo lugar, importa explorar a natureza do *coping*, no sentido de perceber se a distinção teórica entre *coping* focado nos problemas e *coping* focado nas emoções tem tradução real na forma como as pessoas lidam com o stresse no trabalho no seu dia-a-dia, assim como os papéis facilitadores ou inibidores desempenhados pelos padrões de *coping*. Em terceiro, é necessário estudar as dimensões de controlo inerentes à avaliação secundária. Uma tal investigação permitiria compreender melhor como as pessoas consideram os recursos pessoais e organizacionais nos seus processos avaliativos, o que possibilitaria, por sua vez, perceber melhor a contribuição dos aspetos organizacionais (ou psicossociais) na definição dos atos de *coping* dos indivíduos. Por fim, a quarta área de estudo a aprofundar prende-se com o papel das emoções nos processos de stresse, e em concreto com o significado relacional nuclear que elas representam. Este significado desempenha um papel crucial na escolha das estratégias de *coping*, e o *coping*, por sua vez, por efeito de *feedback*, dá forma a novas emoções (Lazarus, 1999, 2006). Tendo verificado não existir elevada correlação entre as duas variáveis, bem como diferentes padrões na sua manifestação longitudinal, Fugate et al. (2002) sugerem mesmo que as emoções sejam distinguidas operacionalmente do processo de avaliação cognitiva. Dewe et al. (2010) acrescentam outras cinco linhas de estudo a explorar (enunciamos apenas, uma vez que já abordámos as quatro primeiras nos capítulos e subcapítulos precedentes): (1) a incorporação da influência da psicologia positiva no estudo do *coping*; (2) o *coping* proactivo; (3) o *coping* interpessoal, coletivo ou comunal; (4) o *coping* de criação de significado; e (5) o estudo do lazer como estratégia de *coping*. A literatura revela claras associações entre o lazer e a saúde e bem-estar, e sugere que ele funciona quer como recurso, quer como estratégia de *coping*. Enquanto forma de lidar com o stresse do trabalho, as atividades de lazer proporcionam distração ativa, são oportunidades de renovação, energização e revigoração, promovem equilíbrio na vida, e facilitam a resiliência individual para lidar de forma proactiva com as adversidades laborais.

Burke (2002) partilha as sugestões de Lazarus (1993a, 2000) ao advogar a realização de estudos que sigam uma pessoa ao longo de tempo e através de diferentes situações, de modo a (1) compreender melhor o processo de *coping* num encontro específico de stresse ao longo do tempo, (2) avaliar as variações nas respostas emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas em distintos encontros de stresse para um mesmo indivíduo, e (3) a identificar fatores estáveis de *coping* em situações diversas. Burke fornece ainda outras quatro sugestões de pesquisa adicional. Em primeiro lugar, apela a que se perceba com exatidão as situações de stresse com que as pessoas têm de lidar, nomeadamente a sua frequência e intensidade, bem como a distinção e interação entre aquelas intrínsecas ao trabalho e aquelas relativas a outros domínios de vida, mas que se manifestam também no trabalho. O segundo desafio consiste em estudar o *coping* o mais possível na ausência de interferência do investigador, recorrendo a observações naturais e entrevistas às pessoas nas organizações, de forma a conseguir catalogar-se as diferentes ações de *coping reais*. Um terceiro desafio refere-se à identificação, operacionalização e avaliação de modo claro das variáveis mediadoras (ou moderadoras, como as relativas ao ambiente de trabalho e as referentes aos indivíduos) e da sua influência na diminuição ou amplificação do impacto da situação stressora na percepção e *coping* dos indivíduos. Por fim, a quarta sugestão aponta para o uso de múltiplos critérios de avaliação da eficácia do *coping* no trabalho, tanto individuais como organizacionais. Burke alerta para o facto de só assim se obviar à potencial conflitualidade entre algumas medidas, por exemplo entre umas que sendo boas para os indivíduos, são más para as organizações (ou vice-versa).

Por fim, permitimo-nos acrescentar outros quatro desafios. O primeiro refere-se ao contexto em que se estuda o *coping* no trabalho, que deve ser em contexto *real* de trabalho. Com efeito, Fugate et al. (2002), ao constatarem fraco suporte empírico para resultados precedentes obtidos com estudantes universitários em exame, alertaram para o reduzido poder de generalização dos mesmos e apelaram a mais investigação em contexto organizacional. O segundo consiste em estudar a forma como as pessoas lidam com o stresse moderado no trabalho, que comporta stressores crónicos que não põem em risco a vida dos indivíduos (como numa catástrofe), e que resultam de processos sofisticados de tomada de decisão. Nestes contextos, o controlo é decisivo, e “torna-se mais importante à medida que desenvolvemos organizações ainda mais complexas e integradas” que encerram limitações suplementares ao comportamento individual (Karasek, 2011, s/p). Em terceiro lugar, é necessário investigar a contribuição dos fatores psicossociais na definição das estratégias de *coping* dos indivíduos. Este desafio representa uma abordagem positiva ao ambiente psicossocial do trabalho, na medida em que aquele tipo de fatores tem sido concebido essencialmente como gerador de stresse, e não como recurso de *coping*. Jex & Britt (2008) apelaram mesmo a uma melhor conceptualização e avaliação das características reais das organizações (por comparação com as individuais, como a personalidade e a capacidade, mais estudadas), de forma a suprimir a maior limitação do modelo de ajustamento pessoa-ambiente, que é o estudo reduzido da componente ambiental. Por outro lado, a perspetiva positiva da saúde ocupacional e do comportamento organizacional não define com clareza quais os comportamentos de *coping* que são facilitados e promovidos pelas organizações saudáveis (nem como). Por fim, o estudo do ambiente psicossocial do trabalho enquanto recurso de *coping* pode contribuir para as organizações modificarem as suas práticas de organização do trabalho, no sentido de se tornarem organizações saudáveis, autênticas e salutogénicas. O quarto desafio é de natureza teórica, e consiste em testar

empiricamente qual a classificação das estratégias gerais de *coping* que melhor traduz as estratégias concretas usadas pelos indivíduos no trabalho, se a mais usada na literatura (focado nos problemas e focado nas emoções), se aquela que a nossa revisão teórica (Cf. Capítulo 1) fez emergir como mais adequada: confrontação e evitamento. Assumimos ainda os reptos de Carver & Connor-Smith (2010) e de Dewe et al. (2010) de estudar estratégias específicas de *coping* (e não tipos de *coping*), e de Folkman & Moskowitz (2004), de incluir metodologias qualitativas na recolha de dados. Procuramos integrar estes seis desafios no estudo empírico que relatamos a partir do quarto capítulo.



### 3. Súmula teórica conclusiva

Nesta secção, concluímos a revisão teórica apresentando uma súmula das noções nucleares do nosso pensamento sobre a saúde psicossocial no trabalho. Esta súmula conflui para a afirmação de um modelo heurístico para o estudo do stresse,  *coping*  e saúde no trabalho, o qual subjaz e ordena o estudo empírico realizado. Note-se que o modelo heurístico não é uma originalidade teórica nossa, mas tão-somente um contributo ao nível da arquitetura concetual dos processos envolvidos no stresse,  *coping*  e saúde no ambiente psicossocial do trabalho.

As ideias nucleares que destacamos são apresentadas sob o epíteto de sintagmas, na medida em que o sintagma representa uma unidade organizadora. A nossa intenção é usar esses sintagmas como ordenação metódica do corpo de conhecimentos essencial ao nosso estudo. A síntese sintagmática é estruturada com base na nossa experiência clínica (portanto, prática), e por isso é mais pragmática, no sentido de necessitar de ser operacional, do que dogmática ou axiomática, no sentido de que as preposições enunciadas sejam definitivas ou isentas de discussão.

#### *Sintagma 1*

A saúde é uma abstração. Definida enquanto completo estado de bem-estar físico, mental e social (WHO, 1946) a saúde não é uma condição que se tenha, mas um ideal para o qual se tende.

#### *Sintagma 2*

A saúde é um contínuo. A saúde não é um fenómeno discreto e portanto não pode ser definida enquanto mera ausência de doença. A saúde é um estado dinâmico que varia ao longo de um eixo entre o bem-estar e o mal-estar, ou, como Antonovsky (1979) originalmente o propôs, um  *continuum*  entre  *ease*  e  *dis-ease* .

#### *Sintagma 3*

A saúde é a capacidade de lidar com os diferentes ambientes de vida e consigo mesmo. Ela é definida de forma mais pertinente enquanto capacidade de adaptação e de autogestão (Huber et al., 2011). Neste sentido, a saúde é a capacidade de manutenção e recuperação

do equilíbrio físico, mental e social, negociado continuamente pelas pessoas com os seus diferentes ambientes de vida, como por exemplo a família, a cidade, os projetos pessoais ou o trabalho.

#### *Sintagma 4*

O trabalho é uma atividade humana de efeito dúplice sobre a saúde. Porque por definição implica esforço físico e mental e coage à divisão de tarefas e de homens, o trabalho é um fator de risco para a saúde das pessoas. Porque por definição implica esforço, fornece objetivos e estrutura, apela às aptidões individuais e oferece integração social, o trabalho é um fator de promoção da saúde das pessoas (Dejours, 1985; Lévy-Leboyer, 1987; Ramos, 2001).

#### *Sintagma 5*

A saúde no trabalho é essencialmente uma questão de ajustamento. Este ajustamento situa-se entre as exigências do trabalho e a capacidade de resposta e de controlo dos indivíduos, e entre o esforço despendido pelos segundos e as recompensas conferidas pelo primeiro (Caplan, 2011; Karasek, 2011; Siegrist, 2002).

#### *Sintagma 6*

O processo que melhor explica como o trabalho pode afetar a saúde das pessoas é o stresse. “A abordagem mais comum para lidar com as ligações entre o ambiente psicossocial do trabalho e a saúde dos trabalhadores tem sido a aplicação do conceito de stresse” (ILO, 1986, p. 1).

#### *Sintagma 7*

O stresse é uma rubrica que se estende desde a microscopia genética à macroscopia cultural e social (Folkman, 2011), e que tem sido definido (1) como uma condição externa que perturba o equilíbrio e funcionamento normais do indivíduo, (2) como uma resposta automática, global e não específica do organismo perante agentes externos perturbadores e (3) como uma discrepância entre as exigências do ambiente e os recursos e capacidades de resposta das pessoas (Leventhal & Nerenz, 1983).

#### *Sintagma 8*

Enquanto fenómeno físico ou variável quantificável, o stresse não existe. O que existe são causas de stresse, perceção de stresse e respostas de stresse. A área sombreada da Figura 3.1 representa estes três processos do stresse.



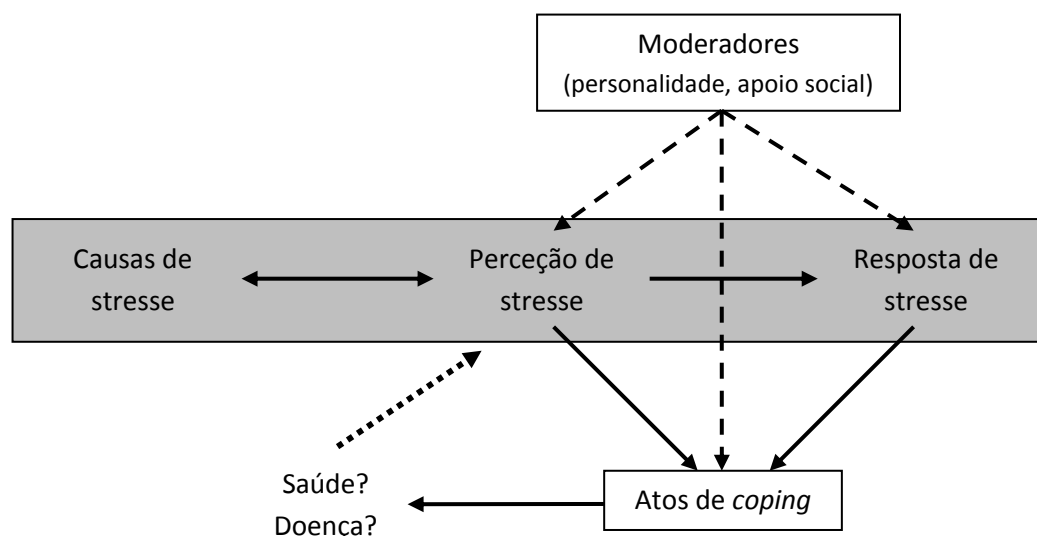


Figura 3.1. Esquema explicativo do stress, coping e saúde  
(Adaptado de Ramos, 2001, 2005, 2012)

### Sintagma 9

As causas de stress representam as condições ambientais que perturbam e desequilibram as pessoas. Podem ser quaisquer umas, e inclusivamente podem ser internas, desde que representem uma ameaça para o indivíduo que com elas se defronta, ameaça essa inerente à mudança ou sobrecarga. O seu estudo enquanto variável é do domínio original da sociologia, em concreto da sociologia da saúde, inaugurado pelo *life chart* de Meyer (Holmes & Masuda, 1974) e popularizado pela medição dos acidentes de vida de Holmes & Rahe (Holmes & Rahe, 1967), e assente na premissa de que as condições e acontecimentos normativos da vida social dos indivíduos podem originar stress e provocar doenças. As causas de stress podem ser de natureza física, social ou psicológica.

### Sintagma 10

A percepção de stress é o processo central dos processos de stress. Dela dependem a valorização das condições ambientais como stressoras (por isso a seta bidirecional na Figura 3.1) e a ativação neuroendócrina subjacente à resposta de stress. A percepção de stress, ou avaliação cognitiva, é um processo mental não reflexivo de estimação do desequilíbrio entre as exigências impostas pelo ambiente e as possibilidades de resposta do indivíduo, responsável pela valoração emocional dos encontros ou transações com o ambiente (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Trata-se, portanto, de um processo de atribuição de significado a determinado encontro com o ambiente, do qual depende decisivamente o sucesso ou insucesso dos comportamentos adaptativos da pessoa.

### *Sintagma 11*

A resposta de stresse, enquanto variável, é do domínio do estudo biológico da relação das pessoas com o ambiente, inaugurado por Selye (1978) quando propôs a síndrome geral de adaptação como expressão biológica de adaptação à adversidade, e refundado por McEwen (McEwen & Seeman, 1999), com a noção de alostasia: a capacidade do organismo se desequilibrar internamente por forma a assegurar o equilíbrio com o ambiente. A resposta de stresse traduz e manifesta a cascata de acontecimentos neuroendócrinos que tomam lugar num organismo ameaçado por condições adversas, e tem por função adaptativa assegurar a sobrevivência individual. No entanto, se continuamente intensa, muito frequente ou duradoura, a resposta de stresse tem como consequência negativa a precipitação de doenças, em resultado da sobrecarga alostática. Não sendo uma doença, a resposta de stresse produz sintomas; não sendo uma doença, a resposta de stresse é o mecanismo (psico)biológico de que mais doenças dependem. A resposta biológica de stresse é universal na espécie humana.

### *Sintagma 12*

O que as pessoas fazem para lidar com o stresse é o  *coping* . O  *coping*  designa os esforços comportamentais, cognitivos e emocionais para manter o bem-estar perante exigências que excedem os recursos de resposta individual. O  *coping*  é precipitado pela perceção de stresse e/ou pelos sintomas da resposta de stresse, e influenciado por fatores moderadores (seta tracejada na Figura 3.1).

### *Sintagma 13*

Os fatores moderadores representam os recursos de que a pessoa dispõe para lidar com o stresse. Apesar de na Figura 3.1 apenas se assinalarem dois, eles são genericamente de três tipos: características da personalidade, apoio social e recursos ambientais (sociais ou materiais). Eles moderam a relação entre as causas de stresse e os seus efeitos sobre a saúde das pessoas porque influenciam a avaliação cognitiva, a resposta biológica de stresse e a escolha, concretização e sucesso dos atos de  *coping* .

### *Sintagma 14*

No atual mundo do trabalho, as principais causas de stresse são de natureza psicossocial. Como a perceção de stresse e os atos de  *coping*  dependem da personalidade, das características das causas de stresse, e dos recursos psicossociais disponíveis, resulta que os fatores psicossociais do trabalho assumem a dupla natureza de stressores e de recursos. Ou seja: as características psicossociais do ambiente de trabalho tanto se podem revelar fatores de risco, como recursos de  *coping* .

### Sintagma 15

Os fatores psicossociais referem-se aos aspetos sociais e psicológicos relativos à organização e realização do trabalho. Eles podem assumir um impacto negativo ou positivo sobre a saúde no trabalho, em função da sua presença ou intensidade. Assim, o ambiente psicossocial de trabalho positivo funciona como agente de manutenção ou melhoria da saúde, enquanto um ambiente psicossocial negativo ameaça o bem-estar, saúde e rendimento individual. O equilíbrio entre os fatores humanos e as condições ocupacionais representa o ambiente psicossocial com as influências mais positivas, nomeadamente ao nível da saúde dos trabalhadores (ILO, 1986).

### Sintagma 16

Por uma questão de operacionalização, é avisado distinguir três grandes tipos de fatores psicossociais. Um refere-se ao estado de saúde das pessoas, outro relaciona-se com as características da personalidade, no qual se pode incluir o *coping*, e outro ainda reporta-se à organização do trabalho. Em termos empíricos, o primeiro pode ser entendido como variável dependente, o segundo enquanto covariante e o terceiro como variável independente. Em termos práticos, o tipo de medidas de redução de riscos e de promoção de recursos é diferente para os três tipos de fatores. Ou seja, uma coisa é melhorar o estado de saúde das pessoas, outra é melhorar a ferramenta capital de relação com o meio (i. é., o *coping*) e promover o desenvolvimento da sua personalidade, e outra ainda, muito diferente, é melhorar, no sentido de ajustar, alguns fatores psicossociais relativos ao modo como se desenha e desenrola o quotidiano do trabalho (aumentando ou diminuindo a sua presença ou intensidade). Interessa-nos isolar estes últimos, pois é neles que nos concentramos, especialmente no seu potencial enquanto recursos de *coping* e de resiliência.

### Sintagma 17

O stresse no trabalho pode ser entendido como a via bifurcada que conduz à doença ou à saúde. O confronto com um stressor no trabalho faz despoletar o uso de estratégias de *coping*. Em função das características do stressor e dos fatores moderadores, de vulnerabilidade ou resiliência, as pessoas sujeitam-se ao risco de doença, ou aproveitam a oportunidade de aprendizagem e de reforço da saúde. Sendo o stressor uma característica psicossocial do trabalho, ele assume o papel de fator de risco ou de fator de saúde, respetivamente. O *coping* é o veículo que precipita as pessoas no caminho da patogénese em direção à doença, ou no caminho da salutogénese, em direção à saúde. A Figura 3.2 sintetiza estas preposições sintagmáticas.

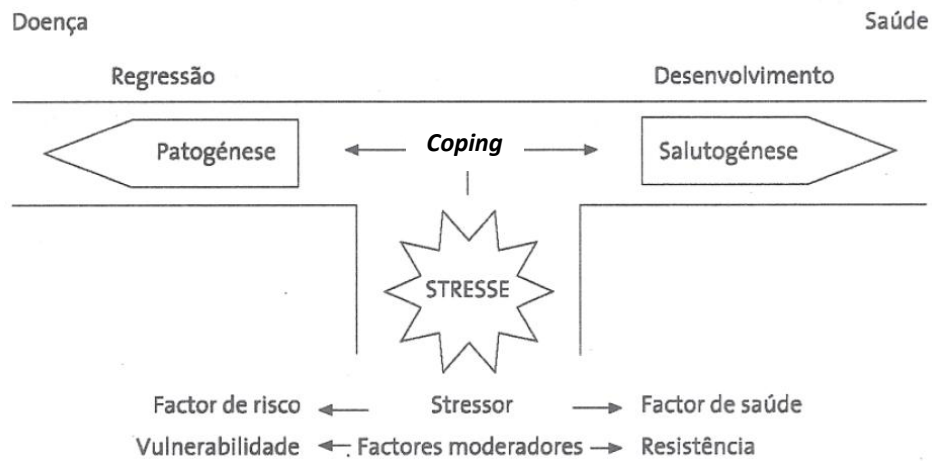


Figura 3.2. Perspetivas salutogénica no estudo do stresse e do coping  
(Ramos, 2008, p. 188; Ramos, 2005, p. 88)

### Sintagma 18

Lidar com o stresse significa lidar com as causas de stresse, com a percepção de stresse e com os sintomas de stresse. Invertendo e rodando os constituintes do esquema da Figura 3.1, obtemos uma representação gráfica dos objetivos, alvos e ações do *coping*, tal como o mostra a Figura 3.3. Neste sintagma nomeámos os alvos do *coping*.

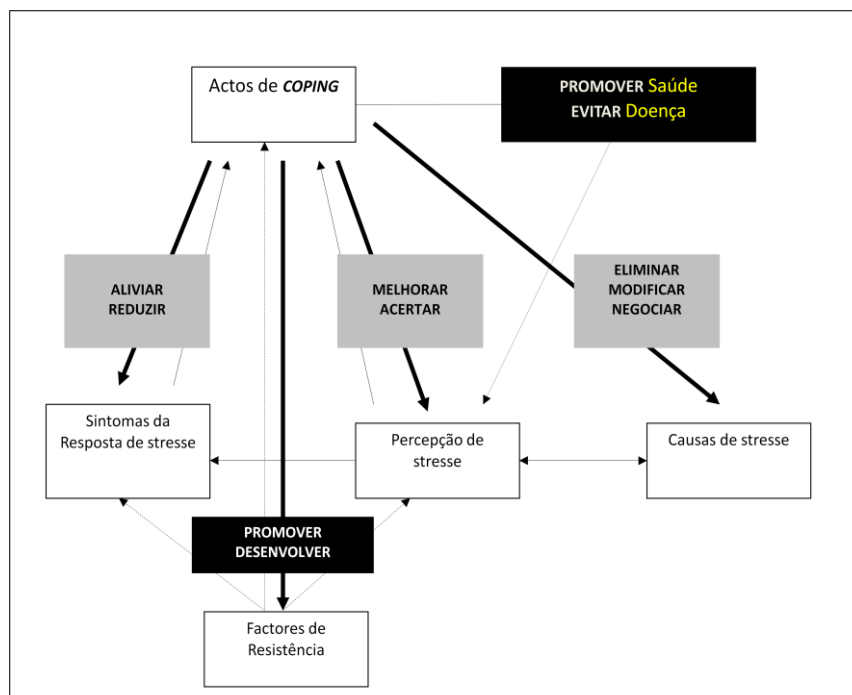


Figura 3.3. Funções, alvos e ações do coping  
(Ramos, 2005, p.123)

### *Sintagma 19*

Os atos de *coping* destinam-se a aliviar e reduzir o mal-estar provocado pelos sintomas da resposta de stresse, a melhorar e acertar a percepção de stresse, e a eliminar, modificar ou negociar as causas de stresse. As três ações de *coping* não são mutuamente exclusivas, muito pelo contrário: o *coping* será tanto mais eficaz quanto maior a conjugação das mesmas.

### *Sintagma 20*

O *coping* cumpre duas funções, uma homeostática e outra transformacional. A função homeostática consiste na salvaguarda do bem-estar e reposição do equilíbrio, com vista à prevenção do mal-estar e da doença e à promoção da saúde. A função transformacional concretiza-se na promoção e desenvolvimento dos fatores moderadores, em especial aqueles relacionados com a personalidade, e resulta da aquisição de competências, autoconhecimento e mestria que sempre acompanha a criação ou renovação de uma resposta de *coping* (Aldwin, 1994; 2007). Ou seja, o *coping* tem uma dupla função final, respetivamente: adaptação e aprendizagem.

### *Sintagma 21*

As taxonomias do *coping* são sempre insatisfatórias, porque redutoras. Ainda assim, e em termos práticos, é vantajoso considerar-se dois tipos genéricos de *coping*: confrontação e evitamento.

### *Sintagma 22*

O *coping* é determinado pela personalidade das pessoas e pelas características da situação stressora. O *coping* não é propriedade exclusiva da primeira nem da segunda, mas o resultado integrador do encontro entre ambas. Por isso se pode falar tanto em estilos ou modos de *coping*, para referir a maneira preferencial como as pessoas lidam com os problemas (portanto, mais dependente das disposições da personalidade), como em estratégias ou comportamentos de *coping*, para descrever como na prática elas tentam agir (portanto, mais em função das circunstâncias situacionais).

### *Sintagma 23*

Ao ser duplamente determinado pela personalidade e pela situação, o *coping* é um dos principais processos psicológicos utilizáveis para operar a mudança pessoal. Com efeito, ao modificar o *coping*, e por essa via ao capacitar a pessoa para agir de modo mais eficiente sobre a situação, proporciona-se a mudança pessoal.

#### *Sintagma 24*

O tratamento das síndromes da resposta de stresse tem como objetivo ajudar a pessoa a criar novos significados e a desenvolver novas capacidades de *coping* (Horowitz, 1976/2011).

#### *Sintagma 25*

As disciplinas da psicologia encerram os conhecimentos teóricos e os procedimentos técnicos para desenvolver o *coping* das pessoas. A psicologia clínica e a psicoterapia (e a psiquiatria) ocupam-se da forma como as pessoas lidam com as emoções perturbadoras, a psicologia cognitiva e educacional informam sobre a resolução de problemas, e a psicologia da personalidade informa sobre como as disposições da personalidade comandam a adaptação (Costa et al., 1996).

#### *Sintagma 26*

Ao ser duplamente determinado pela personalidade e pela situação, o *coping* pode ser promovido, na sua eficiência e eficácia, por mudanças operadas na situação. Com efeito, a manipulação das condições psicossociais do trabalho pode concorrer para diminuir o seu potencial stressor e aumentar o seu papel de recurso de *coping*.

#### *Sintagma 27*

Sendo o *coping* passível de intervenções comportamentais e estruturais, as organizações podem desenvolver ferramentas de gestão do stresse, que não apenas a seleção e recrutamento com base em atributos da personalidade dos indivíduos (Latack & Havlovic, 1992).

#### *Sintagma 28*

Na literatura, é conhecido e consensualmente aceite que (1) o stresse ocupacional é um problema capital nas organizações hodiernas, tanto para os empregados como para os gestores, (2) existem bons modelos explicativos das relações entre os fatores do trabalho, as características pessoais e as consequências a curto e a longo prazo para os indivíduos e as organizações, (3) conhecem-se bem os fatores do trabalho que são os principais fatores de risco de stresse e da suas consequências para a saúde, e (4) existe legislação nacional e internacional que destaca a importância da avaliação de riscos e da gestão de riscos (Kompier & Taris, 2005).

#### *Sintagma 29*

Na literatura, é ainda insuficientemente conhecido que configurações e estratégias de *coping* oferecem maiores garantias quanto à manutenção e fortalecimento da saúde e do rendimento organizacional (Dewe et al., 2010), bem como que fatores psicossociais do ambiente de trabalho mais concorrem para as primeiras.

### Sintagma 30

Do ponto de vista teórico, é de esperar que (1) determinadas configurações de *coping* auspiciem melhor saúde no trabalho e que (2) determinados fatores psicossociais relacionados com a organização do trabalho, em função da sua natureza e de acordo com a sua presença e intensidade, suportem e promovam um tal *coping* salutogénico.

### Sintagma 31

O ambiente psicossocial do trabalho tanto pode causar stresse como apoiar e alimentar os esforços de *coping* dos trabalhadores. Assim, alterando o esquema representado na Figura 3.1 de modo a introduzir este dúplice valor causal do ambiente psicossocial, sintetizamos o pensamento expresso ao longo dos sintagmas na figura seguinte.

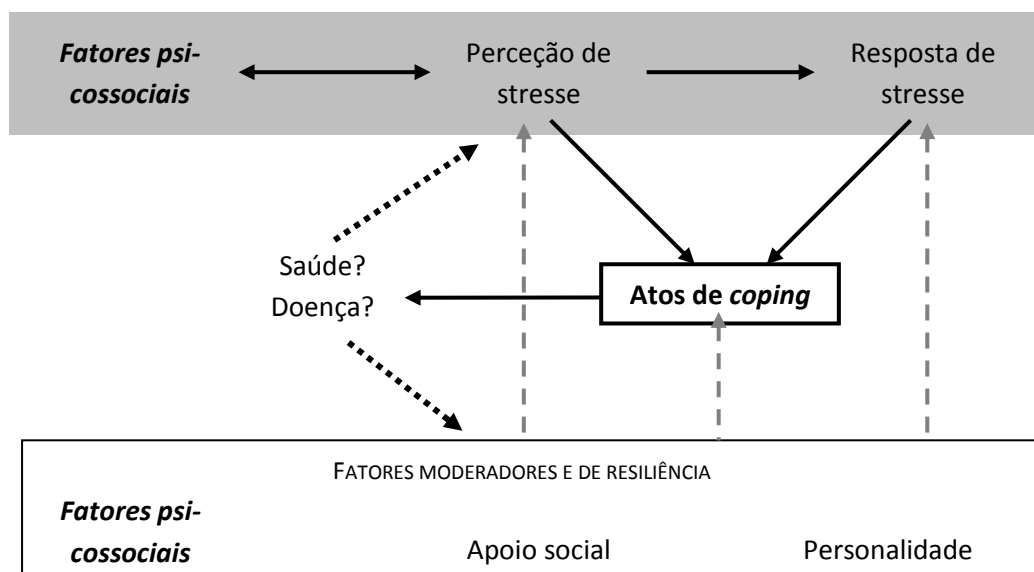


Figura 3.4. Modelo heurístico do stresse, coping e saúde no trabalho

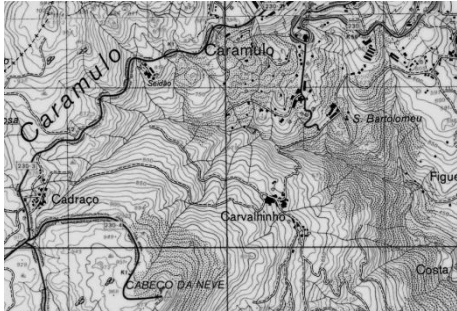
### Sintagma 32

Ajustar o ambiente psicossocial do trabalho aos trabalhadores e desenvolver e enriquecer o seu repertório de *coping* contribui decisivamente para melhorar a saúde individual, aumentar o rendimento organizacional e humanizar o trabalho.





# ESTUDO EMPÍRICO



*Do mapa (ou: Da indução)*

Carta militar da Aldeia do Carvalhinho, Serra do Caramulo



## 4. Metodologia

Metaforicamente, a metodologia da investigação científica pode ser entendida como o trabalho sistemático com que se elabora o *mapa* com que se pretende desbravar um *território* desconhecido. Quanto mais imbricado, complexo e denso o território, mais minúcia e cuidado se requer na elaboração do mapa que o há-de representar. Na parte dedicada à revisão teórica pudemos perceber que o *território* do *coping* associado ao stresse e à saúde é muito rico e diversificado, com diferentes níveis de integração e diferenciação, combinando diversos *relevos* teóricos, que dificilmente poderá ser apreendido por um único *mapa*. Assim, centramo-nos em elementos e percursos particulares desse *território*, de forma a melhor os poder *cartografar*: a capacidade para o trabalho como uma manifestação da saúde no trabalho, os fatores psicossociais como fatores de risco ou de recurso e o *coping* como instrumento que aproveita os segundos em favor da primeira. Como estabelecer o caminho entre estes pontos e como os representar, é o trabalho da construção cartográfica. Este não é mais que uma analogia da metodologia enquanto “conjunto dos dispositivos técnicos de produção de conhecimentos” (Alferes, 1997, p.18). Para a correta descrição da mesma, explanamos de seguida os objetivos do estudo, os instrumentos utilizados e os métodos de recolha e tratamento dos dados.

### 4.1. Objetivos do estudo

Será que as pessoas com elevada capacidade para o trabalho usam estratégias para lidar com o stresse diferentes daquelas com menor capacidade para o trabalho? E será que a escolha dessas estratégias é influenciada pelos fatores psicossociais do trabalho? Estas são as duas questões fundamentais que norteiam o presente estudo. Acreditamos que a sua investigação nos pode proporcionar mais conhecimentos que a mera resposta às mesmas. Por isso, sistematizamos os objetivos agregando-os em grupos, consoante a natureza do conhecimento a alcançar e seguindo um gradiente de alargamento do nível de integração do mesmo.

#### *Objetivos relativos à caracterização*

- Caracterizar o *coping* dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho, tanto genericamente como em cada um dos dois grupos a estudar (profissionais da saúde e não profissionais de saúde).
  - Identificar o perfil de *coping* dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho em cada profissão de ajuda que vier a ser estudada.

- Caracterizar o *coping* dos profissionais com menor capacidade para o trabalho, tanto genericamente como em cada um dos dois grupos a estudar (profissionais da saúde e não profissionais de saúde).

#### *Objetivos relativos à comparação*

- Analisar as diferenças e semelhanças entre o perfil de *coping* associado a elevada capacidade para o trabalho dos profissionais da saúde e dos demais profissionais.

#### *Objetivos relativos à compreensão*

- Identificar os fatores psicossociais do trabalho que concorrem para o *coping* dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho, tanto em termos gerais como internamente a cada um dos dois grupos a estudar.

#### *Objetivos relativos à aplicação*

- Identificar princípios e estabelecer estratégias de prevenção e de intervenção com vista à melhoria do repertório de *coping* das pessoas candidatas ao mundo do trabalho e das pessoas que já trabalham.
- Identificar princípios e estabelecer estratégias de prevenção e gestão que permitam às organizações melhorar e promover os fatores psicossociais do trabalho que contribuem para o *coping* associado à elevada capacidade para o trabalho.

## 4.2. Hipóteses de estudo

A transformação das questões e objetivos de estudo em hipóteses de investigação é um exercício decisivo na investigação científica em Psicologia. Com efeito, a formulação das hipóteses determina o desenho metodológico do estudo, o estatuto das variáveis e as técnicas de análise estatística a utilizar no tratamento dos dados (Martins, 2011), o que condiciona secundariamente o bom êxito da investigação. No sentido de operacionalizar os objetivos do presente estudo, e tendo em vista as operações estatísticas com que antevemos analisar os dados, enunciamos as seguintes hipóteses de estudo:

- H0: Não existem diferenças significativas entre o coping dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho e o coping daqueles com menor capacidade para o trabalho;*
- H1: Existem diferenças significativas entre o coping dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho e o coping daqueles com menor capacidade para o trabalho;*
- H0': Não há relação significativa entre o coping e as características psicossociais do trabalho;*
- H1': Existe relação significativa entre o coping e as características psicossociais do trabalho.*

O teste destas duas hipóteses será efetuado em dois níveis: (1) na amostra total e (2) nas subamostras dos profissionais de saúde e dos não profissionais de saúde.

### 4.3. Variáveis e instrumentos

A eleição e definição das variáveis é uma etapa decisiva no processo de investigação científica em Psicologia, já que são elas as condições observáveis que serão medidas no sentido de confirmar as hipóteses de estudo. As variáveis são atributos, comportamentos ou condições ambientais que podem assumir diferentes valores em tempos diferentes ou com pessoas diferentes (Alferes, 1997; Kiess & Bloomquist, 1985). Habitualmente, em Psicologia distinguem-se dois tipos principais de variáveis: as independentes, que são objeto de manipulação ou controlo por parte do investigador; e as dependentes, que manifestam as variações determinadas pelas primeiras. Num estudo experimental, em que há manipulação ativa das condições da variável independente, esta funciona como causa, enquanto a variável dependente manifesta o efeito. O estatuto destas variáveis depende da utilização que delas faz o investigador; ou seja, uma variável pode ser independente numa análise, e assumir o carácter de variável dependente num outro momento analítico.

Definimos, para o presente estudo, quatro variáveis: características sociodemográficas, capacidade para o trabalho, *coping* e fatores psicossociais do trabalho. Num primeiro nível de análise, assumimos a *capacidade para o trabalho* como variável dependente, na expectativa que o seu comportamento seja influenciado pelas restantes variáveis. Tendo em conta as hipóteses de investigação, contamos que a influência mais notória se deva mais a uma variável independente – o *coping* – que às restantes. Num segundo nível de análise procuramos saber se o *coping*, por seu lado, é influenciado pelos *fatores psicossociais do trabalho*; assim, o *coping* passa a ser assumido como variável dependente sujeito às influências das restantes variáveis independentes, com destaque para os fatores psicossociais do trabalho.

Importa referir que, a propósito das características sociodemográficas, procurámos manter estável quer a natureza da profissão dos participantes, quer a condição experimental. Por isso, estudámos apenas os trabalhadores de *colarinho branco* e controlámos a sua variabilidade interna através da circunscrição da mesma (profissão específica no grupo de profissionais de saúde, ou função, no grupo dos não profissionais de saúde), como seguidamente damos conta. Em segundo lugar, solicitámos-lhes que considerassem especificamente o stress relacionado com o seu trabalho. Neste sentido, estas duas condições funcionaram também como variáveis controlo, isto é, podemos assumir que todos os participantes partilham genericamente uma condição, que é a natureza da sua ocupação profissional e o tipo de stress que nela experimentam. A literatura suporta empiricamente a estabilidade das representações *leigas* sobre o stress no trabalho; ou seja, apesar de alguma variabilidade na sua definição, os indivíduos referem-se a um mesmo mesmo fenómeno quando descrevem o stress no trabalho (Kinman & Jones, 2005).

Seguidamente, indicamos as variáveis e a sua operacionalização e apresentamos os instrumentos com que as avaliámos. Relativamente aos três instrumentos psicométricos utilizados, houve uma preocupação tripla na sua escolha: pretendíamos (1) que fossem fiáveis, principalmente ao nível da validade de constructo, (2) que o seu preenchimento não fosse moroso (ou seja, com elevada validade facial, de modo a prevenir a mortalidade do estudo) e (3) que fossem instrumentos utilizados em contextos práticos, e não apenas investigacionais.

#### 4.3.1. Informação sociodemográfica

A informação sociodemográfica foi recolhida a partir da secção de dados gerais do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), com modificação na forma de registar as profissões e exclusões de informação desnecessária para este estudo. Assim, manteve-se a mesma forma de recolher informação relativa ao *sexo, idade, anos de trabalho, estado civil e habilitações literárias* (escolha forçada). Eliminaram-se os campos relativos à *função, local de trabalho, serviço, sector ou unidade, e ramo de atividade* (por inserção de texto pelos respondentes). Quanto à profissão, optou-se por alterar a forma de registo proposta pelo ICT, substituindo o espaço em branco original por uma resposta forçada entre *profissional de saúde e outro*. Ambas as opções ofereciam níveis suplementares de diferenciação e especificação: no caso dos profissionais de saúde, era-lhes pedido que indicassem a sua profissão específica, num total de 13 opções, que incluía *médico, enfermeiro, fisioterapeuta, dietista ou nutricionista, terapeuta da fala, optometrista, psicólogo clínico* e outras seis opções de profissões das tecnologias da saúde (*cardiopneumografia, radiologia, medicina nuclear, radioterapia, técnico de laboratório*). A sequência das profissões listadas, bem como a sua denominação, seguiu a ordem e nomenclatura com que a *Classificação Portuguesa das Profissões 2010* (INE, 2011) as apresenta. Houve, aliás, uma profissão objeto de retificação por parte de pelo menos um participante, que foi a de *técnico de cardiopneumografia*; segundo este, a denominação correta é de técnico de *cardiopneumologia*, porque a anterior *não existe há uns anos*. Por fim, a 13.ª opção consistia em *outro* e solicitava-se aos participantes para inserirem o nome da mesma (*qual?*). Acrescenta-se ainda que cada *médico* podia especificar ser *generalista* ou *especialista*.

Quanto aos não profissionais de saúde, era-lhes solicitado que se definissem segundo quatro opções: (1) *dirigente, diretor ou gestor executivo*; (2) *técnico executivo*; (3) *administrativo*; e (4) *outro, e qual?*. Por fim, os participantes eram convidados a especificar a sua ocupação profissional por área de atividade, em função de oito opções: (1) *indústria* (esta, com um nível suplementar de cinco opções: *metalomecânica, alimentar, química, cerâmica, outra e qual?*), (2) *educação*; (3) *administração pública*; (4) *serviços e comércio*; (5) *transportes*; (6) *turismo*; (7) *construção civil*; e (8) *outros e quais?*. Esta informação relativa à área de atividade não é pertinente para o nosso estudo, tendo sido recolhida de modo a habilitar a presente amostra para integrar as bases de dados portuguesa e europeia relativas à capacidade para o trabalho.

### 4.3.2. Capacidade para o trabalho – ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho

A capacidade para o trabalho é uma medida de aptidão individual para o trabalho. Para a medir, utilizámos o *Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)* (Silva, 2001, no prelo,a; Silva et al., 2010a), que é a versão portuguesa do *Work Ability Index (WAI)* (Ilmarinen, 2007; Ilmarinen, Tuomi, Klockards, 1997).

O ICT é um instrumento de saúde ocupacional, usado tanto para fins de investigação científica como para exames de saúde no trabalho (Ilmarinen, 2007). O índice de capacidade para o trabalho é determinado com base nas respostas dos trabalhadores a questões relacionadas com as exigências do trabalho, o estatuto de saúde e os seus recursos psicológicos (Ilmarinen, 2007). O ICT indica o grau de aptidão do trabalhador para realizar o seu trabalho e permite ao técnico de saúde ocupacional identificar trabalhadores e locais de trabalho que necessitam de medidas de correção e de apoio (Silva, no prelo,a). O valor do índice resultante do questionário situa-se entre o 7 e o 49 e classifica o trabalhador numa de quatro categorias: *pobre* capacidade para o trabalho (entre 7 e 27), *capacidade para o trabalho moderada* (28-36), *boa* capacidade para o trabalho (37-43) e *excelente* capacidade para o trabalho (44-49). Os autores do WAI situaram os pontos de corte a partir da mediana para as categorias intermédias (moderada e boa) e a partir do percentil 15 para as categorias extremas (pobre e excelente), aquando do estudo original, em 1981, com trabalhadores finlandeses (Ilmarinen et al., 1997; Silva, no prelo,a). O ICT indica (1) o conceito do trabalhador relativamente à sua capacidade para o trabalho, (2) o nível dessa aptidão, (3) os objetivos das medidas a desenvolver, e (4) informa do risco previsível de incapacidade para o trabalho num futuro próximo (Silva, no prelo,a). A Tabela 4.1 sintetiza os quatro perfis de capacidade para o trabalho, bem como a natureza das medidas de intervenção correspondentes.

*Tabela 4.1. Categorias de capacidade para o trabalho e natureza de medidas de apoio*

Capacidade para o trabalho	Pontuação no ICT	Objetivos das medidas	Medidas de apoio e seguimento
Pobre	7-27	Restituir	Reabilitação médica do trabalhador e correção dos fatores relativos à organização do trabalho
Moderada	28-36	Melhorar	Promoção da capacidade funcional do trabalhador (saúde, formação, reabilitação) e correção de fatores laborais
Boa	37-43	Sustentar	Avaliação das características do estilo de vida promotoras e ameaçadoras
Excelente	44-49	Manter	Identificação dos fatores do estilo de vida e do ambiente de trabalho que reforçam ou ameaçam a capacidade para o trabalho

*Adaptado de Silva (no prelo,a)*

O ICT é um questionário de lápis e papel e é composto por um total de 60 itens, se excluirmos a primeira questão, que serve para classificar a natureza do trabalho: físico, mental ou misto, consoante as principais exigências do mesmo sejam físicas, mentais ou ambas. Nove itens são de escolha múltipla seguindo escalas de Likert de 3, 5, 6 ou 10 pontos/respostas. Os

restantes 51 itens, referentes a problemas de saúde, são de escolha forçada. O ICT compreende sete fatores: (1) capacidade atual para o trabalho, comparada com o seu melhor; (2) capacidade de trabalho em relação às exigências da ocupação; (3) doenças presentes; (4) estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doenças; (5) absentismo nos últimos 12 meses; (6) prognóstico da capacidade de trabalho para dois anos; e (7) recursos psicológicos. A Tabela 4.2 indica com mais pormenor as dimensões teóricas deste questionário e a sua estrutura.

*Tabela 4.2. Índice de Capacidade para o Trabalho: dimensões e avaliação*

Fator conceitual	N.º de itens	Escala de medida	Pontuação
ICT1 Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor	1	Likert [0-10]	0-10
ICT2 Capacidade de trabalho relativamente às exigências da ocupação	2	Ponderação com Likert [1-5]	2-10
ICT3 Número atual de doenças	51	Escolha forçada	1-7
ICT4 Estimativa do grau de incapacidade motivada por doenças	1	Likert [1-6]	1-6
ICT5 Absentismo por doença no ano transato	1	Likert [1-5]	1-5
ICT6 Prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos	1	Escolha forçada (3 opções)	1,4 ou 7
ICT7 Recursos psicológicos	3	Likert [0-4]	1-4

A dimensão dos recursos psicológicos compreende três itens e refere-se a apreciar as atividades habituais do dia-a-dia, sentir-se ativo e sentir-se otimista em relação ao futuro. Este fator não se circunscreve à experiência laboral, antes referindo-se à vida do trabalhador no seu todo.

A escala relativa às doenças presentes solicita duas respostas, uma acerca das doenças que o trabalhador acha que tem, e outra identificando as doenças diagnosticadas por um médico. Ou seja, os sujeitos tanto assinalam as suas queixas como as doenças de que padecem. Para o cálculo do índice final só contam as doenças diagnosticadas. A identificação das queixas relativas à saúde serve para o médico do trabalho poder observar os sintomas relatados e despistar possíveis quadros clínicos.

O ICT é um instrumento essencialmente prático e com grande poder operacional. Foi criado para ser aplicado pelos serviços de medicina do trabalho e de saúde ocupacional, com o objetivo de dotar os técnicos de um perfil de capacidade funcional do trabalhador e de uma correspondente orientação para o tipo de intervenções a realizar. Este questionário tanto pode ser utilizado pelo médico de trabalho, na sua atividade clínica regular, como pela organização no seu todo ou em departamentos específicos, com vista à definição de medidas de gestão de promoção da capacidade de trabalho. O ICT é preenchido pelo trabalhador antes da entrevista com um profissional de saúde ocupacional, que cota as respostas seguindo as instruções de cálculo do índice. Na prática da saúde ocupacional, o questionário é acompanhado



de outros quatro formulários, preenchidos pelo profissional de saúde, relativos (1) ao seguimento do trabalhador (onde se registam, em tabela e em gráfico, as sucessivas avaliações do índice de capacidade para o trabalho ao longo do tempo), (2) à informação para o trabalhador, que contempla as recomendações para promover a sua capacidade para o trabalho, (3) ao registo e programação das recomendações de melhoria da capacidade para o trabalho e do seu resultado, e (4) ao seguimento do grupo de trabalhadores considerado (onde se registam as percentagens de trabalhador por categoria de capacidade para o trabalho, em tabela e em gráfico). O índice de capacidade para o trabalho, assim, possibilita a identificação, programação, seguimento e avaliação das medidas corretivas que dele decorrem. O formulário do ICT para uso pelos serviços de saúde ocupacional inclui ainda uma vasta lista ilustrativa de medidas de melhoria da capacidade para o trabalho, quer dirigidas à organização e *layout* do posto de trabalho, quer às competências e estilo de vida do trabalhador. Concluindo, este instrumento não só fornece um perfil de capacidade para o trabalho, como permite estruturar toda a subsequente intervenção, o que lhe confere pertinente utilidade para os serviços de saúde ocupacional.

O ICT não só é vantajoso do ponto de vista individual, na medida em que possibilita melhorar a capacidade para o trabalho dos trabalhadores, como organizacional, porque permite aumentar a produtividade das organizações, e ainda social. Com efeito, a manutenção da saúde no trabalho promoverá a qualidade de vida após a reforma, acabando a sociedade por beneficiar de menores despesas com a saúde dos reformados (Silva, no prelo,a).

O ICT foi desenvolvido pelo Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional a partir de 1981 num contexto de multidisciplinaridade para o qual concorreram a fisiologia ocupacional, a psicologia, a medicina, a epidemiologia e a bioestatística (Ilmarinen, 2007). O seu desenvolvimento foi fortemente influenciado pela constatação do envelhecimento geral da população ativa, e pela preocupação decorrente de desenvolver medidas que assegurassem o seu estatuto de saúde (Cotrim, 2011). Trata-se de um instrumento largamente utilizado a nível mundial. O WAI encontra-se traduzido em 25 línguas (Martus, Jakob, Rose, Seibt, & Freude, 2010). O amplo uso da escala tem permitido estabelecer valores de referência, a que nos referiremos na secção de discussão dos resultados do presente estudo.

A literatura indica que o WAI é um instrumento válido, fiável, preditivo e universal (Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005). Do ponto de vista da validade de critério, Eskelinen, Kohvakka, Merisalo, Hurri e Wagar (1991) constataram existir concordância entre as respostas subjetivas no WAI sobre a capacidade para o trabalho e a saúde, e a avaliação clínica das mesmas. O ICT encontra-se correlacionado ( $p < .001$ ) com todas as oito dimensões do estatuto de saúde avaliados pelo *SF-36*, ou seja, quanto melhor a saúde de uma pessoa, maior a sua capacidade para o trabalho (Martinez, Latorre & Fischer, 2009). No estudo de Martinez et al., (2009) as dimensões de saúde física (capacidade funcional, aspeto físico, dor e estado geral) correlacionaram-se mais fortemente com o índice de capacidade para o trabalho do que as de saúde mental (vitalidade, aspeto social, aspeto emocional, saúde mental). A validade do instrumento foi ainda demonstrada pelos índices de correlação entre o WAI e outros indicadores relacionados, como o índice geral de saúde medido pelo *General Health Index* ( $r = .62$ ), o *burnout* emocional medido pelo *Copenhagen Burnout Inventory* ( $r = -.54$ ) e o índice de incapacidade medido pelo *van Korff Disability Index* ( $r = .52$ ) (Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005). A fiabi-

lidade da escala, avaliada pela consistência interna, é genericamente boa, com Alfas de Cronbach reportados na ordem dos .72 (Martinez et al., 2009) e .78 (Gould, Koskinen, Seitsamo, Tuomi, Polvinen, & Sainio, 2008). Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, reportando-se a um estudo com cerca de 38.000 enfermeiros europeus, realizado em 10 países, verificaram que o WAI revelou valores de consistência satisfatórios, com Alfas de Cronbach variando entre .54 e .79 em amostras nacionais, e de .72 para a amostra total considerada (composta, para a análise realizada, por nove países). A WAI manteve a sua consistência interna com a análise do poder discriminante dos itens, com exceção do item 5 (relativo ao absentismo), que os autores constataram possuir reduzida relação com o índice total, aconselhando a sua exclusão do instrumento. Contudo, esta sugestão não encontrou apoio empírico subsequente. Martus et al. (2010) argumentam que a exclusão do item 5 seria razoável apenas se o instrumento fosse unifatorial, o que é um facto não suportado pelo seu estudo, de que adiante daremos conta. Radkiewicz & Widerszal-Bazyl (2005) concluem que o WAI é um instrumento adequado para medir a capacidade para o trabalho (pelo menos na população de enfermeiros), pois revela possuir coerência interna, elevado poder preditivo e elevados níveis de estabilidade em diferentes países (ou seja, mostra-se independente das diferenças culturais). A fiabilidade do WAI foi também demonstrada através do método de teste-reteste. Com efeito, tanto o índice médio da capacidade para o trabalho (40.4 *versus* 39.9) como as quatro categorias de capacidade para o trabalho revelaram-se estáveis num intervalo de quatro semanas numa amostra de 97 operários da construção holandeses com 40 anos ou mais (de Zwart, Frings-Dresen e van Duivenbooden, 2002). A percentagem de concordância observada neste estudo foi de 66%, registando-se ainda uma concordância exata em 25% da amostra. Estes resultados revelam uma aceitável fiabilidade teste-reteste do instrumento.

Do ponto de vista concetual, espera-se que o ICT seja unidimensional e homogéneo. A literatura, porém, tem revelado diferentes organizações fatoriais deste instrumento. Nos nove países estudados por Radkiewicz & Widerszal-Bazyl (2005), apenas em dois se verificou uma solução unidimensional, sendo que nos restantes sete o WAI se comportou de modo muito semelhante, apresentando uma estrutura heterogénea composta por dois fatores. Aqueles autores propuseram interpretar o primeiro fator como a componente *subjéctiva* da capacidade para o trabalho (constituída pela avaliação subjéctiva da mesma e pelos recursos psicológicos) e o segundo como a sua contraparte *objéctiva* composta por informação mais fatual relacionada com a saúde e o absentismo. Radkiewicz & Widerszal-Bazyl realizaram a análise fatorial exploratória pelo método dos componentes principais com rotação *varimax*. A mesma metodologia foi usada num estudo brasileiro com 475 sujeitos predominantemente com trabalhos combinando exigências físicas e mentais. Neste caso, a análise fatorial fez extrair três fatores que explicam 57.9% da variância: o primeiro fator (responsável por 20.6% da variância) representa os recursos mentais; o segundo fator (18.9% da variância) traduz a capacidade para o trabalho percebida pelo trabalhador; e o terceiro fator (18.4%) refere-se às doenças e limitações decorrentes do estado de saúde (Martinez et al., 2009). Por seu lado, Martus et al. (2010) estudaram a estrutura fatorial da WAI recorrendo à análise fatorial confirmatória pelo método da máxima verosimilhança, avaliando posteriormente os modelos encontrados pelo Qui-quadrado, graus de liberdade e o índice de ajustamento comparativo (*CFI, Comparative Fit Index*), numa amostra de 324 professores, empregados de escritório e docentes de enfermagem. Os resultados revelaram uma estrutura bidimensional: as subescalas WAI1, WAI2 e WAI7

constituem um fator que os autores designam por “capacidade para o trabalho e recursos subjetivamente estimados” (p.522) e as subescalas WAI3 e WAI5 constituem o fator relacionado com a saúde. As subescalas WAI4 e WAI6 – que já anteriormente, numa análise fatorial exploratória, não se haviam relacionado de modo claro com nenhum dos dois fatores, tendo os seus valores de saturação variado substancialmente em diferentes subpopulações – assumem um “papel especial” (p.522): a inclusão das duas em ambos os fatores melhora substancialmente o ajustamento do modelo de dois fatores proposto pelos autores (Martus et al., 2010).

Este instrumento apresenta robusto poder preditivo. O índice prevê com fiabilidade o estatuto de saúde, *burnout*, incapacidade, reforma e mortalidade (Ilmarinen, 2007; Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005). Em muitos estudos do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, o ICT conseguiu prever com precisão mudanças na aptidão para o trabalho em diferentes grupos ocupacionais.

A escolha do ICT como instrumento para avaliar a saúde no trabalho, em síntese, resultou da sua natureza prática e operacional em contexto de trabalho, bem como das propriedades psicométricas que asseguram a sua validade, fiabilidade, poder preditivo e universalidade. No que respeita a esta última característica, tanto a disponibilidade de dados relativos à população trabalhadora nacional, como o acesso facilitado ao grupo de investigação responsável pelo desenvolvimento da versão portuguesa e levantamento dos dados relativos ao nosso país foram razões adicionais para a escolha do instrumento. Por fim, a eleição do ICT dependeu de uma razão teórica fundamental, que se prende com a inclusão de três dimensões da saúde no trabalho importantes para o presente estudo, tendo em conta os modelos de saúde no trabalho anteriormente referidos: o ICT fornece indicadores relativos à saúde (doenças, absentismo, incapacidade), ao bem-estar (recursos psicológicos) e à estimacão do próprio trabalhador quanto à sua capacidade de trabalho (atual e futura). A auto-avaliação da capacidade para o trabalho assume especial relevância; com efeito, à luz do modelo cognitivo do stress e *coping* de Lazarus (1991; Lazarus & Folkman, 1984), é a perceção da pessoa – mais do que qualquer outro indicador objetivo – que determina se a pessoa está ou não em stress. Em última análise, o stress e a saúde individuais são *determinados* por este processo; ora, o ICT, justamente, inclui-o na mediação e cálculo da saúde no trabalho.

#### **4.3.3. Fatores psicossociais do trabalho – COPSQ II: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire***

Os fatores psicossociais do trabalho referem-se a aspetos sociais e psicológicos relativos à organização e realização do trabalho. Eles foram avaliados pela versão portuguesa do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II – Média (COPSQ II – Versão Média)* (Kristensen, Hannerz, Høgh & Borg, 2005; Silva, 2010b, no prelo,b). O COPSQ II resulta da reformulação da primeira edição do instrumento, pelo que relataremos primeiramente o desenvolvimento das duas versões e só depois nos deteremos na descrição da atual. Dadas as modificações operadas ao nível das questões, dispensamo-nos de detalhar as do COPSQ I, detendo-nos apenas naquelas incluídas no COPSQ II. Por fim, referimo-nos indiferenciadamente às duas edições

do instrumento (COPSOQ), salvo nas situações em que abordamos aspetos específicos de cada um deles (COPSOQ I ou COPSOQ II).

O COPSOQ começou a ser criado em meados dos anos 1990 em resposta à solicitação de questionários padronizados e validados para medir o ambiente psicossocial do trabalho por parte de profissionais da saúde ocupacional dinamarqueses. Como nenhum dos questionários existentes, dinamarqueses ou internacionais, abrangia todos os fatores psicossociais do trabalho pretendidos, os investigadores do Instituto Nacional de Saúde Ocupacional dinamarquês decidiram desenvolver o seu próprio questionário. Fizeram-no procurando cumprir sete princípios práticos e teóricos: o questionário deveria (1) fundamentar-se teoricamente, mas não depender de um modelo teórico particular, (2) ser composto por dimensões relacionadas com diferentes níveis de análise (do individual ao organizacional), (3) incluir dimensões relacionadas com tarefas, organização do trabalho, relações interpessoais, cooperação e liderança, (4) abranger potenciais stressores do trabalho e recursos (como o apoio social, o *feedback*, a saúde), (5) ser compreensivo (i.é., não excluir nenhum fator psicossocial pertinente), (6) ser genérico, de modo a ser aplicável em todos os setores do mercado de trabalho (não apenas na indústria, mas também no setor dos *serviços humanos* e da comunicação, por exemplo), e (7) ser de fácil utilização (*user friendly*) quer pelos profissionais de saúde ocupacional, quer pelos respondentes (Kristensen et al., 2005). Os itens do COPSOQ foram retirados dos vários questionários consultados e construídos sob a forma de perguntas (e não de afirmações) respondidas em termos de intensidade ou de frequência (em vez das habituais escalas de resposta de concordância), de acordo com a preferência manifestada pelos sujeitos de estudos piloto de natureza qualitativa realizados no decorrer da construção do instrumento. No que respeita à origem dos itens, em concreto, eles provêm do *Setterlind Stress Profile*, *Whitehall II Questionnaire*, *Short Form-36 Questionnaire*, *QEA - Questionnaire on the Experience and Assessment of Work* (holandês), *QPS – General Nordic Questionnaire*, *OSQ – Occupational Stress Questionnaire* (finlandês), *Job Content Questionnaire*, e outros questionários dinamarqueses. O COPSOQ inclui ainda questões novas elaboradas pelos investigadores.

Existem três versões do COPSOQ: uma longa, para fins de investigação científica, uma média, para uso dos profissionais de saúde ocupacional, e uma versão curta, para a autoavaliação dos trabalhadores e para locais de trabalho com menos de 30 trabalhadores. As questões das versões média e curta são retiradas da versão longa. Inicialmente, o COPSOQ longo incluía 141 questões distribuídas por 30 escalas representativas de 20 dimensões psicossociais do trabalho (cinco relativas às exigências do trabalho, cinco sobre a organização do trabalho e conteúdo do trabalho, oito versando relações interpessoais e liderança, e duas dimensões da interface trabalho-indivíduo), seis dimensões relacionadas com a saúde e bem-estar dos indivíduos e quatro relativas à personalidade (em concreto, o sentido de coerência e o *coping*). A versão média excluía estas últimas escalas e reduzia o tamanho das dimensões mais longas a um máximo de quatro questões, alcançando-se assim o formato final de 95 itens e 26 escalas. Finalmente, o formato reduzido excluía as 3 dimensões relativas ao stress e reduzia todas as restantes, através de análise fatorial e posterior escolha de itens mais significativos por cada fator, resultando num questionário de 44 questões e oito escalas. Na construção dos questionários, e em particular da sua versão mais longa, a análise fatorial de componentes principais, da consistência interna das escalas e da correlação entre itens e entre itens e a escala total, serviram para excluir alguns itens inicialmente considerados e reformular outros. Adicional-

mente, os investigadores desenvolveram um *software* de cotação da versão média, com base no ajustamento das escalas em função de um valor mediano de 50 pontos e subsequente divisão em percentis, que representa os resultados em três cores, as quais possibilitam uma identificação rápida de áreas problemáticas (vermelho; abaixo do percentil 40), dos recursos (verde; acima do percentil 60) e dos fatores em risco (amarelo; entre os percentis 40 e 60) (Kristensen et al., 2005).

A grande utilização do COPSQ, maioritariamente na Dinamarca e em Espanha, e o *feedback* dos técnicos de saúde ocupacional que usaram o instrumento, permitiu identificar alguns problemas e impulsionou a sua reformulação. As principais falhas identificadas prendiam-se com a ausência de algumas dimensões, reduzida consistência interna de algumas escalas, a construção frásica de alguns itens e, do ponto de vista teórico, com a sub-representação do modelo do *desequilíbrio esforço-recompensa* (Siegriest, 2002). A este propósito, é significativa a resistência dos educadores de infância dinamarqueses em aceitar que o seu trabalho, de acordo com os resultados nacionais do estudo realizado no desenvolvimento do questionário, era o que melhor ambiente psicossocial possuía, justamente porque se sentiam pouco recompensados (Kristensen et al., 2005). Mau grado as pequenas deficiências identificadas, o conceito subjacente ao COPSQ manteve-se pertinente e largamente aceite, fazendo deste questionário uma escolha de primeira linha para avaliar riscos psicossociais no trabalho.

A reformulação do COPSQ resultou (1) do *feedback* acima referido, sobretudo no contexto de estudos realizados em locais de trabalho, (2) da análise estatística do funcionamento diferencial dos itens (*differential item functioning*) em função do género, idade e estatuto ocupacional, (3) do estudo de uma versão experimental do novo questionário numa amostra representativa de 4.732 trabalhadores dinamarqueses entre os 20 e os 59 anos, (4) de análises psicométricas e (5) da análise estatística da validade de critério das novas escalas (Pejtersen, Kristensen, Borg & Bjorner, 2010).

O COPSQ II manteve as três versões, ainda que alterando a sua estrutura: na versão média reduziram-se as 41 escalas (da versão longa, com 127 itens) a 28 (com 87 itens), ao passo que a versão curta se fixou com 23 escalas (e 40 itens). Neste novo formato do questionário, a dimensão relativa à personalidade conta com apenas uma escala (autoeficácia), a dimensão relativa à saúde e bem-estar regista uma revisão substancial por comparação com o anterior formato, são acrescentadas novas dimensões (por ex., relativas aos valores no trabalho), mantendo-se apenas 57% das escalas originais do COPSQ I.

As escalas mantidas foram Significado do Trabalho, Previsibilidade, Conflitos de Papéis, Comunidade Social no Trabalho e Sintomas Cognitivos de Stresse. As escalas eliminadas foram Exigências Sensoriais, Grau de Liberdade e Relações Sociais (por se referirem a características associadas a ocupações profissionais que não podiam ser alteradas), *Feedback* no Trabalho (os seus itens foram incluídas nas escalas de apoio social), Sentido de Coerência e *Coping* (por terem sido utilizadas reduzidas vezes na investigação com o COPSQ I), Stresse Comportamental, Saúde Mental e Vitalidade (estas duas últimas apresentaram valores elevados de intercorrelação; na nova versão do instrumento, foram substituídas por questões relativas a sintomas depressivos e ansiosos). As novas escalas do COPSQ II são Ritmo de Trabalho, Variação no

Trabalho, Recompensas (Reconhecimento), Conflito Trabalho/Família (e no sentido inverso, Conflito Família/Trabalho), Justiça, Confiança (quer relativa aos Colegas, quer aos Superiores) Inclusão Social, Problemas de Sono, *Burnout*, Stresse (sintomas, ou seja, stresse considerado como estado psicológico caracterizado por ativação e insatisfação), Sintomas Depressivos, Autoeficácia e Comportamentos Ofensivos. Pejtersen et al. (2010) relatam detalhadamente as alterações estruturais efetuadas da COPSOQ I para a COPSOQ II. Dado que utilizámos a versão média do COPSOQ II, passamos agora a centrar-nos unicamente nesse instrumento; sempre que tal se justifique, porém, fazemos referência às versões longa e curta.

A versão portuguesa do COPSO II – Versão Média mantém as mesmas dimensões do instrumento original mas foi fixada com menos nove itens no total. Esta opção resultou da análise das entrevistas realizadas aos sujeitos que participaram no estudo piloto de adaptação do questionário à população portuguesa, tendo em consideração (1) a fundamentação teórica das escalas, (2) os objetivos da utilização do instrumento e (3) a sua aplicabilidade à população portuguesa (Silva, no prelo,b). Os autores da versão portuguesa asseguram que ela “respeita a estrutura e conteúdos da versão original dinamarquesa, com a devida adaptação à nossa população” (p. 6).

O COPSOQ II – Versão Média é um questionário de autorresposta composto por um total de 76 questões respondíveis numa escala de Likert de 5 pontos. Com exceção do item 61, referente à saúde geral, cotado numa escala de qualidade (de *excelente* a *deficitária*), todas as questões são classificadas em termos de frequência (de *sempre* a *nunca/quase nunca*) ou intensidade (de *extremamente* a *nada/quase nada*). Todos os itens são cotados no sentido da escala de resposta, salvo os itens 42 e 45, que são cotados inversamente. As normas de utilização definidas para a população portuguesa recomendam o cálculo da média dos itens de cada escala. O programa informático para cotação e apresentação dos resultados distribui as classificações de cada escala em tercis, com pontos de corte nos valores de 2.33 e 3.66, os quais definem os mesmos níveis interpretativos acima descritos a propósito do questionário original, representados pelas cores verde, amarelo e vermelho. Os resultados são interpretados fator a fator (ou escala a escala); o instrumento não fornece um índice único, uma vez que o conceito avaliado é multidimensional. Existem já dados normativos para a população portuguesa com os quais se podem confrontar os resultados obtidos (Silva, no prelo,b).

Este instrumento é constituído por oito domínios teóricos principais: (1) exigências do trabalho (ou laborais); (2) organização e conteúdo do trabalho; (3) relações sociais e liderança; (4) interface trabalho-indivíduo; (5) valores no trabalho (ou no local de trabalho); (6) personalidade; (7) saúde e bem-estar; e (8) comportamentos ofensivos. A Tabela 4.3 apresenta as dimensões principais, as dimensões secundárias (que são as escalas) e indicação das questões correspondentes da versão média portuguesa do COPSOQ II. Por comparação com a versão longa, a versão média não inclui as escalas de Exigências de Esconder Emoções, Variação no Trabalho, Conflito Trabalho/Família, Responsabilidade Social, Stresse Somático e Stresse Cognitivo.

A consistência interna das novas escalas do COPSOQ II foi testada pelo Alfa de Cronbach, tendo-se registado valores superiores a .70 para todas as escalas da versão média (apenas duas escalas da versão longa apresentaram valores inferiores: Exigências para Esconder

Emoções, com .57, e Variação no Trabalho, com .50) (Pejtersen et al., 2010). Por sua vez, as escalas que transitaram do COPSOQ I haviam já revelado valores de consistência interna semelhantes, com apenas sete escalas (das 30 da versão longa) a registarem Alfas abaixo de .70. Kristensen et al. (2005) desvalorizam esses resultados, não só por a maior parte dessas sete

*Tabela 4.3. Dimensões, identificação e número de itens da versão média portuguesa da COP-SOQ II*

Dimensões	Escalas [itens]	N.º itens
Exigências laborais	Exigências quantitativas [1, 2, 3]	3
	Ritmo de trabalho [4]	1
	Exigências cognitivas [5, 6, 7]	3
	Exigências emocionais [8]	1
Organização do trabalho e conteúdo do trabalho	Influência no trabalho [9, 10, 11, 12]	4
	Possibilidades de desenvolvimento [13, 14, 15]	3
	Significado do trabalho [51, 52, 53]	3
	Compromisso com trabalho [54, 55]	2
Relações sociais e liderança	Previsibilidade [16, 17]	2
	Recompensas (reconhecimento) [21, 22, 23]	3
	Clareza do papel [18, 19, 20]	3
	Conflitos de papel [24, 25, 26]	3
	Qualidade da liderança [36, 37, 38, 39]	4
	Apoio social de superiores [30, 31, 32]	3
	Apoio social de colegas [27, 28, 29]	3
Interface trabalho-indivíduo	Insegurança no trabalho [60]	1
	Satisfação no trabalho [56, 57, 58, 59]	4
	Conflito Trabalho/Família [62, 63, 64]	3
Valores no trabalho	Confiança nos superiores [43, 44, 45]	3
	Confiança nos colegas [40, 41, 42]	3
	Justiça [46, 47, 48]	3
	Comunidade social no trabalho [33, 34, 35]	3
Personalidade	Autoeficácia [49, 50]	2
Saúde e bem-estar	Saúde geral [61]	1
	Stresse [69, 70]	2
	Burnout [67, 68]	2
	Problemas em dormir [65, 66]	2
	Sintomas depressivos [71, 72]	2
Comportamentos ofensivos	Bullying [73, 74, 75, 76]	4
<i>8 Dimensões teóricas</i>	<i>29 Escalas</i>	<i>76 Itens</i>

*Adaptado de Silva (no prelo,b) e de Pejtersen et al. (2010)*

escalas ser constituída por apenas dois ou três itens, mas sobretudo por a forte consistência interna não ter sido um dos seus objetivos no desenvolvimento do questionário. Acrescentam os autores que cinco das sete escalas com reduzida consistência interna apresentaram correlações superiores a .40 com o questionário total (as exceções foram as escalas Grau de Liberdade no Trabalho, eliminada na segunda versão, e Insegurança no Trabalho, que embora não faça parte da versão média original, foi incluída na versão média portuguesa). A versão média

portuguesa apresentou valores de consistência interna em linha com os dos instrumentos originais, com valores de Alfa de Cronbach entre os .60 e os .90. Apenas sete escalas apresentaram valores abaixo de .70: Exigências Quantitativas ( $\alpha=.63$ ), Exigências Cognitivas ( $\alpha=.60$ ), Conflitos Laborais ( $\alpha=.67$ ), Autoeficácia ( $\alpha=.67$ ), Compromisso com o Trabalho ( $\alpha=.61$ ). As escalas de Confiança Horizontal (ou nos Colegas) e Confiança Vertical (ou nos Superiores) apresentaram valores baixos (respetivamente: .29 e .20) que Silva (no prelo,b) atribui ao facto das duas escalas partilharem os mesmos valores no trabalho. A versão alemã do COPSQ apresenta valores de consistência interna semelhantes: apenas três escalas na versão longa e sete escalas na versão reduzida (entre as quais, as três da versão longa) registam Alfas de Cronbach abaixo de .70. Entre estas escalas, apenas quatro têm correspondência na versão portuguesa média do COPSQ (Exigências Quantitativas,  $\alpha=.69$ ; Influência no Trabalho,  $\alpha=.64$ ; Insegurança no Trabalho,  $\alpha=.67$ ; Satisfação no Trabalho,  $\alpha=.69$ ) (Nübling, Stößel, Michaelis & Hofmann, 2006). Note-se, porém, que a versão alemã do COPSQ apresenta alterações estruturais (mas não concetuais) em relação à versão dinamarquesa original (por ex., substituição de itens em escalas) e que os autores referem apenas duas versões, uma longa e outra reduzida, sendo que ambas partilham as mesmas escalas, contendo aquela última menor número de itens. O mesmo padrão de consistência interna verificou-se na versão francesa do COPSQ (esta, desenvolvida já a partir do COPSQ II), com apenas quatro escalas a apresentarem valores de Alfa abaixo de .70 (Exigências Quantitativas,  $\alpha=.66$ ; Ritmo de Trabalho,  $\alpha=.69$ ; Influência no Trabalho,  $\alpha=.54$ ; Possibilidade de Desenvolvimento,  $\alpha=.55$ ). A versão francesa apresenta 32 questões distribuídas por 17 escalas (das quais, duas de item único, e as restantes quinze de apenas dois itens), representando quatro domínios (Dupret, Bocéréan, Teherani, Feltrin & Pejtersen, 2012); ou seja, novamente se verifica manutenção do constructo teórico, embora com estrutura psicométrica distinta. Por fim, na versão espanhola do COPSQ (em língua castelhana é denominado ISTAS21) registaram-se cinco escalas (em 27) com Alfas de Cronbach abaixo de .70: Exigências para Esconder Emoções ( $\alpha=.66$ ); Conflito de Papel ( $\alpha=.67$ ); Previsibilidade ( $\alpha=.65$ ); Reconhecimento ( $\alpha=.47$ ); Relações Sociais ( $\alpha=.44$ ). Os valores baixos de consistência interna das duas últimas escalas são atribuídos ao reduzido número de itens que as compõem (Moncada, Llorens, Navarro & Kristensen, 2005).

De uma maneira geral, há evidências suficientes para concluir pela boa consistência interna das escalas que compõem a COPSQ nas suas diferentes versões (quer internacionais, quer de tamanho) quando medida pelo Alfa de Cronbach, ou seja, regista-se elevada intercorrelação entre os itens das escalas, o que significa que elas são entendidas como aspetos diversos mas unitários de um mesmo constructo. No entanto, as escalas com poucos itens revelaram valores de Alfa mais baixos, uma vez que esta medida é influenciada pelo número de itens. Neste sentido, Thorsen & Bjorner (2010) recomendam a correlação intraclasse (ICC) como um método estatístico mais adequado para avaliar a consistência interna da COPSQ. Estes autores verificaram que todas as escalas do COPSQ revelam adequada ou boa consistência interna quando medida pela correlação intraclasse, com exceção da escala de Confiança entre Colegas (ICC=.64). Já Dupret et al. (2012) verificaram valores de ICC superiores a .70 em apenas quatro escalas (Clareza de Papel, Qualidade da Liderança, Apoio Social de Superiores e Recompensas/Reconhecimento), ao passo que Nübling et al. (2006) registaram valores de ICC entre .30 e .68 em todas as escalas, abaixo portanto do limiar proposto por Thorsen & Bjorner (2010).



Além da consistência interna, a validade de constructo é também aferida pela análise fatorial. Nübling et al. (2006) fizeram análise exploratória de componentes principais com rotação *varimax* fixando a extração de quatro fatores, na tentativa de confirmar as quatro dimensões teóricas do (seu) questionário. Os quatro fatores extraídos explicam 52.7% da variância (considerado um bom valor, tendo em conta a redução de 25 escalas a 4 fatores), e referem-se a Exigências (cinco escalas), Influência e Desenvolvimento (cinco escalas), Relações Interpessoais e Liderança (oito escalas) e Tensão (Efeitos/Resultados) (sete escalas). Dupret et al. (2012) repetiram o mesmo procedimento estatístico, sem forçar número de fatores a extrair (estabelecendo valores próprios superiores a 1 como critério de extração) e encontraram também quatro fatores, ainda que com estruturas diferentes. Os quatro fatores explicam 65.4% da variância (o que os autores consideram um muito bom indicador), foi-lhes mantida a designação e constituem-se da seguinte forma: Relações Interpessoais e Liderança (Previsibilidade, Clareza do Papel, Qualidade da Liderança, Apoio Social dos Superiores, Recompensas/Reconhecimento, Confiança nos Superiores e Justiça e Respeito); Influência e Desenvolvimento (Influência no Trabalho, Possibilidades de Desenvolvimento e Significado do Trabalho); saúde (relacionada com a tensão; inclui as escalas de Saúde, *Burnout* e Stresse); e Exigências (Exigências Quantitativas, Ritmo de Trabalho e Conflito Trabalho/Família). A escala de Satisfação no Trabalho saturou nos Fatores 1 e 2 (Relações Interpessoais e Liderança, e Influência e Desenvolvimento), comportando-se separadamente do fator relativo aos resultados, ainda que não se isolasse num fator específico numa análise subsequente forçando cinco fatores; Dupret et al. preferem considerá-la uma segunda dimensão teórica de consequências, além daquelas relacionadas com a saúde.

Finalmente, análises de funcionamento diferencial dos itens e análises teste-reteste acrescentaram suporte à validade de constructo da COPSQ. Bjorner & Pejtersen (2010) verificaram que os itens funcionam de modo diferente para o tipo de trabalho, mas não tanto (ou nada, mesmo) para a idade, sexo, nível educacional, classe social e setor de atividade. Estes autores estudaram ainda o efeito diferencial dos itens, concluindo que o mesmo suporta a consistência interna das escalas. Thorsen & Bjorner (2010), por seu lado, conferiram valores de Alfa adequados ou bons para seis das oito escalas avaliadas pelo teste de Green para metodologias teste-reteste. Em suma, e embora “a questão da validade [seja] complicada e difícil de analisar de uma vez por todas” (Kristensen et al., 2005, p.446), quer os métodos mais clássicos (como o Alfa de Cronbach), quer métodos mais recentes (como a análise diferencial dos itens), indiciam uma consistência interna adequada ou boa das escalas que constituem o COPSQ.

A validade de previsão da COPSQ foi confirmada por Rugulies, Aust & Pejtersen (2010). Estes autores verificaram que as exigências emocionais e o conflito de papéis predizem a baixa por doença na população trabalhadora dinamarquesa.

Por fim, a concordância entre as diferentes versões de tamanho da COPSQ foi testada e verificada, mesmo nas versões internacionais. Moncada et al. (2005, p. 24) verificaram que “as escalas da versão média são um bom reflexo das escalas [da versão longa]”, tendo registado valores de Kappa entre .64 e .89, considerados pelos autores como superiores a aceitáveis. Kristensen et al. (2005) haviam já verificado que as escalas da versão média explicavam entre 85% e 96% da variância das escalas da versão longa.

O uso internacional do COPSOQ é generalizado. Existem versões em 14 línguas, a saber: dinamarquês, inglês, francês, alemão, castelhano, português, flamenco, norueguês, sueco, chinês, japonês, malaio, persa e turco. A Dinamarca, Espanha e Alemanha elegeram ainda o COPSOQ como instrumento padrão para a avaliação dos riscos psicossociais no trabalho (Pejtersen et al., 2010; Dupret et al., 2012)

A COPSOQ inclui itens que cobrem não apenas os principais fatores psicossociais do trabalho revelados pelos mais importantes modelos teóricos dos últimos 50 anos, mas também dimensões do trabalho atual, como as exigências cognitivas, exigências emocionais, exigências para conter emoções (embora ausente da versão por nós utilizada), previsibilidade, clareza do papel e conflitos de papéis. Foi esta, aliás, a principal razão pela qual elegemos este questionário como instrumento de avaliação deste tipo de fatores. Como afirmam os autores, “consideramos estas dimensões importantes para descrever e analisar trabalho de serviços (humanos), trabalho flexível e trabalho em grupo” (Kristensen et al., 2005, p. 447). Em nosso entender, estas são as dimensões que melhor definem o tipo de população que pretendíamos estudar, justamente os profissionais de *colarinho branco*. Uma segunda razão concetual para a escolha deste instrumento prende-se com o facto do instrumento permitir separar dimensões que têm que ver tanto com consequências (e.g., saúde do trabalhador) como com moderadores (e.g., personalidade) das dimensões psicossociais nucleares. Esta diferenciação pareceu-nos essencial, já que defendemos a equivalência concetual entre *alguns* fatores psicossociais do trabalho e stressores do trabalho (como referimos no Capítulo 2.1). A terceira razão para a eleição do COPSOQ situa-se no nível teórico da anterior, e tem que ver com facto do significado dos resultados refletir a dúplici natureza dos fatores psicossociais: com efeito, os próprios autores (Kristensen et al., 2005) prescrevem a diferenciação dos resultados em fatores stressores (de risco ou problemáticos) e recursos (os assinalados a verde, ou seja, com melhor estatuto); Cf. Capítulo 2.1. O quarto motivo da escolha remete para os cinco níveis de análise que o mesmo oferece, num crescendo de abrangência e diferenciação: (1) indivíduo (e.g., saúde); (2) interface indivíduo-trabalho (e.g., satisfação, insegurança); (3) trabalho (e.g., exigências, influência); (4) departamento (e.g., liderança, previsibilidade); (5) organização (e.g., comprometimento com o trabalho, sensação de comunidade). Em quinto lugar, e em termos teóricos, as reformulações do questionário inicial permitiram estabelecer um segundo formato mais refinado, que não apenas mantém a validade teórica, como melhora a validade facial; trata-se de outro argumento que nos levou a optar pelo COPSOQ. Em termos práticos ou empíricos, destacamos três razões adicionais para a escolha deste instrumento. Em primeiro lugar, a existência de três versões permitiu-nos escolher a versão média, com menos questões que a versão originalmente definida para investigação, de forma a não ameaçar a mortalidade do estudo pela morosidade no preenchimento. Além disso, a avaliação do ambiente psicossocial no nosso estudo revelará maior proximidade com o escrutínio regular da saúde ocupacional feito nas organizações, já que a versão usada para esse efeito é também a média. Em segundo lugar, o amplo uso internacional do questionário – precisamente, na sua versão média – oferece possibilidades de comparação dos resultados. Em terceiro lugar, a acessibilidade ao grupo responsável pela versão portuguesa acrescentou segurança na sua utilização, assim como a existência de dados nacionais normativos – os quais foram recolhidos, justamente, com a versão média portuguesa do COPSOQ.

#### 4.3.4. *Coping* – Brief COPE

O *coping* refere-se aos esforços comportamentais e mentais para lidar com exigências que suplantam os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984). Para avaliar o *coping*, no presente estudo, utilizamos a versão portuguesa do *Brief COPE* (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), construída a partir do original norte-americano proposto por Carver (1997). O Brief COPE é um questionário constituído por 28 itens, pontuáveis numa escala de Likert de quatro posições, variando entre 0 (*Nunca faço isto*) a 3 (*Faço quase sempre isto*). Não existem itens com cotação invertida. As instruções iniciais do questionário solicitam aos respondentes que indiquem o grau com que recorrem a cada uma das 28 estratégias de *coping* indicadas para lidar com a situação stressora considerada. Esta última é definida pelo investigador e, por norma, refere-se a doenças graves (e.g., cancro, SIDA) ou a catástrofes naturais (e.g., furações). O Brief COPE tem sido pouco utilizado em contextos de trabalho.

Este instrumento foi desenvolvido para avaliar tanto estilos de *coping* disposicionais, como estratégias de *coping* situacionais. Nesse sentido, Carver (1997, 2012; Carver, Scheier & Weintraub, 1989) incluiu apenas itens que mantivessem o conteúdo do comportamento descrito, independentemente do referencial indicado no início da frase. Assim, tomando o item 24 como ilustração, ele pode ser enunciado como estilo de *coping* (por ex., *Habitualmente tento aprender a viver com a situação*) ou como estratégia (*Tento aprender a viver com a situação*). Adicionalmente, os itens podem ser ainda apresentados de forma retrospectiva (*Tenho tentado aprender a viver com a situação*) ou atual (*Tento aprender a viver com a situação*). Além da mudança do tempo verbal no início dos itens, as instruções prévias ao preenchimento contribuem para circunscrever o âmbito teórico e temporal das respostas de *coping*. Elas podem referir-se a um episódio específico (reforçando o carácter situacional do *coping*) ou à forma como a pessoa usualmente lida com esse episódio (destacando-se, assim, a dimensão personalística do *coping*), e ainda delimitar o espaço temporal considerado (*como tem lidado*, ou *como lida no momento*, por exemplo).

O Brief COPE é constituído por 14 dimensões ou escalas: (1) *Coping* Ativo; (2) Planeamento (mantemos a designação original – *planning* – em alternativa à tradução proposta por Pais Ribeiro & Rodrigues [2004], *Planear*); (3) Uso de Apoio Instrumental (no original, *using instrumental support*; na versão portuguesa, *Utilizar Suporte Instrumental*); (4) Uso de Apoio Emocional (no original, *using emotional support*; na versão portuguesa, *Utilizar Suporte Social Emocional*); (5) Religião; (6) Reinterpretação Positiva; (7) Autoculpabilização; (8) Aceitação; (9) Expressão de Sentimentos (no original, *venting*, já em si uma abreviação da expressão *emotional venting*); (10) Negação; (11) Autodistração; (12) Desinvestimento Comportamental; (13) Uso de Substâncias (medicamentos/álcool); e (14) Humor. Cada uma destas dimensões é composta por dois itens. As escalas 1 a 8 representam estratégias de *coping* que se pensa serem adaptativas, enquanto as escalas 9 a 14 representam *coping* mal-adaptativo ou disfuncional (Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Meyer, 2001). Na Tabela 4.4 indicamos as dimensões, a sua operacionalização (Carver et al., 1989; com exceção das dimensões Humor, Uso de Substâncias e Autoculpabilização, não operacionalizadas pelos autores) e os itens correspondentes, bem como as divisões ou associações (habituais na literatura) das escalas em positivas (ou adaptativas) e negativas (ou mal-adaptativas), e em estratégias focadas nos problemas, estratégias focadas nas emoções e estratégias disfuncionais (Mache, 2012).

Tabela 4.4. Dimensões do Brief COPE: operacionalização, itens e divisões teóricas habituais

COPING ADAPTATIVO	
<b>Estratégias focadas nos problemas</b>	
<b>1 Coping ativo</b>	<i>Iniciar ações diretas para remover ou circunscrever o stressor, ou minimizar os seus efeitos</i>
	2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação
	7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação
<b>2 Planeamento</b>	<i>Pensar em estratégias de ação</i>
	14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer
	25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação
<b>8 Uso de apoio instrumental</b>	<i>Solicitar conselhos, assistência e informação aos outros</i>
	10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação
	23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo
<b>Estratégias focadas nas emoções</b>	
<b>3 Reinterpretação positiva</b>	<i>Interpretar uma transação de stresse de forma mais positiva</i>
	12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de maneira a torná-la mais positiva
	17. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer
<b>4 Aceitação</b>	<i>Reconhecer o stressor como real e reconhecer a ausência de respostas de coping ativas disponíveis no momento</i>
	20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer
	24. Tento aprender a viver com a situação
<b>5 Humor</b>	<i>Atribuir à transação de stresse um carácter cómico</i>
	18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira
	28. Enfrento a situação com sentido de humor
<b>6 Religião</b>	<i>Investir na religião, seja como busca de apoio social, como matriz de reinterpretação positiva, como tática de coping, ou outra razão</i>
	22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual
	27. Rezo ou medito
<b>7 Uso de apoio emocional</b>	<i>Procurar apoio moral, simpatia e compreensão por parte dos outros</i>
	5. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)
	15. Procuo o conforto e compreensão de alguém
COPING MAL-ADAPTATIVO	
<b>Estratégias disfuncionais</b>	
<b>9 Autodistração</b>	<i>Desviar a atenção do problema, de modo a não pensar na interferência do stressor</i>
	1. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação
	19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras
<b>10 Negação</b>	<i>Recusar acreditar na existência do stressor ou agir como se o stressor não fosse real</i>
	3. Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"
	8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo
<b>11 Expressão de sentimentos</b>	<i>Falar sobre o que perturba ou preocupa e verbalizar as emoções e sentimentos associadas</i>
	9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos
	21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento
<b>12 Uso de substâncias</b>	<i>Recorrer a medicamentos ou a álcool para reduzir o mal-estar</i>
	4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor
	11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas

Tabela 4.4. Cont.

---

<b>13</b>	<b>Desinvestimento comportamental</b>
	<i>Reduzir o esforço para lidar com o stressor e até desistir dos objetivos com cuja obtenção o stressor interfere</i>
	6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto
	16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação
<b>14</b>	<b>Autoculpabilização</b>
	<i>Atribuir a si mesmo a culpa pela transação de stresse</i>
	13. Faço críticas a mim próprio
	26. Culpo-me pelo que está a acontecer

---

O Brief COPE é a versão reduzida de um outro questionário, denominado *COPE* (Carver et al., 1989). O COPE é constituído por 60 itens, classificáveis numa escala de Likert de quatro pontos (1: *habitualmente não faço isto*, a 4: *habitualmente faço muito isto*), distribuídos por 15 dimensões de *coping*: (1) Reinterpretação Positiva e Crescimento; (2) Desinvestimento Mental; (3) Focalização e Expressão de Emoções; (4) Uso de Apoio Social Instrumental; (5) *Coping* Ativo; (6) Negação; (7) *Coping* Religioso; (8) Humor; (9) Desinvestimento Comportamental; (10) *Coping* Restritivo; (11) Uso de Apoio Social Emocional; (12) Uso de Substâncias; (13) Aceitação; (14) Supressão de Atividades Conflituais; e (15) Planeamento. Na construção da versão abreviada do COPE original, Carver (1997) excluiu duas escalas, acrescentou uma nova dimensão, reduziu todas as escalas a apenas dois itens e renomeou algumas delas. As escalas excluídas foram a de *Coping* Restritivo, na medida em que estudos prévios não demonstraram o seu valor, e a de Supressão de Atividades Conflituais, por se ter mostrado redundante face à escala de *Coping* Ativo. A escala acrescentada foi a de Autoculpabilização, na sequência de sugestões empíricas de que esta forma de *coping* seria um antecedente significativo do pior ajustamento psicológico face ao stresse (Carver, 1997). A escolha dos dois itens a manter em cada escala dependeu primeiramente do peso de saturação do item e secundariamente da clareza do seu enunciado. Por fim, e com o objetivo de refinar o alvo da sua ação, o autor manteve os nomes das escalas com exceção das três primeiras, que passaram a designar-se respetivamente por Reinterpretação Positiva, Autodistração, e Expressão de Sentimentos. Acrescente-se, em abono do rigor e perante a comparação dos dois instrumentos, que outras três escalas passaram a ter designações mais curtas, designadamente Uso de Apoio Instrumental, Uso de Apoio Emocional e Religião. A decisão de criar uma versão mais curta da COPE ficou a dever-se à constatação, quer nos estudos de desenvolvimento do instrumento, quer em pesquisas ulteriores, de níveis significativos de impaciência dos sujeitos, motivados quer pela redundância dos itens de cada escala, quer pelo tamanho do instrumento original; aliás, os autores haviam já ensaiado uma versão mais curta, anterior ao Brief COPE, com apenas três itens por dimensão (Carver, 1997).

O Brief COPE – enquanto versão reduzida do COPE – é um instrumento teoricamente ancorado e empiricamente iluminado. Carver et al. (1989) constroem o questionário com base no modelo transacional do stresse e *coping* de Lazarus (1966; Lazarus & Folkman, 1984) e no seu próprio modelo de autorregulação (Carver & Scheier, 1985). No que respeita ao modelo de stresse e *coping* de Lazarus, os autores não só fundamentam a elaboração dos itens na teoria, como se inspiram no instrumento por ele proposto, o WCC. É justamente na confrontação com o fundo concetual do WCC que Carver et al. encontram um dos motivos para o desenvolvi-

to do COPE, em concreto na crítica – sustentada pela investigação empírica – de que a distinção do *coping* em apenas dois modos (focado nos problemas e focado nas emoções) é redutora. Com efeito, a investigação tem demonstrado que o *coping* avaliado pelo WCC apresenta mais fatores que apenas os dois teoricamente postulados por Lazarus & Folkman. Estes autores não entendem tais resultados como desconfirmação da sua distinção e propõem, em conformidade, distribuir os mesmos teoricamente pelas duas dimensões de *coping* que sugerem (Folkman & Lazarus, 1980, 1985, 1988). No entanto, Carver et al. acrescentam dois argumentos críticos em relação a essa divisão. Em primeiro lugar, adiantam que os fatores de cada uma das duas dimensões podem ser muito diferentes entre si. Tome-se o exemplo da negação e da reinterpretação positiva, fatores que se incluem no *coping* focado nas emoções: a natureza de ambas pode ser radicalmente diferente, quer ao nível da recusa/aceitação da transação de stresse, quer ao nível das consequências psicológicas de ambas. Em segundo lugar, cada tipo de *coping* pode pressupor o recurso a estratégias diversificadas. Carver et al. dão o exemplo do *coping* focado nos problemas, que pode envolver atividades distintas, como tomar medidas ativas, planear mentalmente, procurar ajuda ou assistência, etc. (é, aliás, uma das novidades que apresentam no seu instrumento, esta *subdivisão* do *coping* focado nos problemas em diferentes dimensões). Assim, um dos motivos para o desenvolvimento do COPE é precisamente a necessidade de estudar essas diversas atividades em separado. Por fim, Carver et al., perante os resultados e consequentes discussões da investigação empírica com os instrumentos até então disponíveis, identificam três insuficiências que se propõem colmatar. A primeira prende-se com o facto de nenhum desses instrumentos cobrir os domínios específicos por eles considerados teoricamente mais interessantes. A segunda limitação reside na falta de clareza e objetividade de alguns itens. A terceira limitação tem que ver com a base empírica dos instrumentos: com efeito, os fatores eram estabelecidos a partir das respostas dos sujeitos de estudo (recorrendo, de modo geral, à combinação de fatores comuns subjacentes revelados por análises fatoriais exploratórias), em vez de serem definidos *a priori* com base em critérios teóricos e procurando operacionalizar dimensões conceituais. Em suma, ambos os instrumentos – COPE e, por decorrência, o Brief COPE – são sólidos do ponto de vista teórico, quer porque concretizam uma dupla derivação teórica (em particular, a conjugação de uma teoria sobre como as pessoas lidam com o stresse com outra teoria, sobre como as pessoas regulam o seu próprio comportamento), quer porque integram as discussões teóricas suscitadas pela investigação empírica.

As propriedades psicométricas do Brief COPE atestam a sua validade. No que respeita à validade de constructo, e de uma maneira geral, a consistência interna das escalas é aceitável; apenas três apresentam valores de Alfa de Cronbach entre .50 e .60 (Expressão de Sentimentos, Negação, e Aceitação) (Carver, 1997). A consistência teste-reteste (referente às escalas do COPE) é também aceitável, com valores de *r* variando, em dois estudos, entre .43 e .89 (Carver et al., 1989). A solução fatorial encontrada pelo autor revela uma estrutura composta por nove fatores, que explicam 72.4% da variância das respostas (portanto, superior aos 60% sugeridos por Hair *et al.*, 2010), e reproduz na generalidade o comportamento fatorial observado na escala original (Carver, 1997). De uma forma geral, as escalas do COPE revelaram possuir validade convergente e discriminante, ainda que alguns autores considerem a informação disponível limitada (e.g., Clark, Bormann, Cropanzano & James, 1995). Carver et al. relatam correlações na direção teoricamente esperada com outras escalas que avaliam dimensões da

personalidade, a saber: otimismo/pessimismo; auto-estima; *locus* de controlo; resiliência; padrão comportamental Tipo A; e ansiedade-traço. Em termos de validade discriminante, verificou-se baixa correlação entre as escalas do COPE e um outro instrumento de medida de estilos de *coping*, o que sugere que os dois instrumentos estão a avaliar realidades complementares mas não iguais. Por fim, as escalas do COPE revelaram fraca correlação com uma escala de desajustabilidade social, o que é um dado adicional sobre a robustez da sua validade (Carver et al., 1989; Meyer, 2001). Uma vez que, com exceção dos dois itens acrescentados relativos à autoculpabilização, todos os itens da Brief COPE são partilhados com o COPE, as conclusões relativas à validade deste último são logicamente extensíveis ao primeiro.

Mantendo o enquadramento teórico do instrumento que lhe deu origem, integrando as limitações verificadas pela investigação com questionários precedentes, sendo menos redundante e demorado no seu preenchimento, e mantendo os mesmos bons indicadores psicométricos, o Brief COPE assume-se como um substituto adequado para o questionário original e revela-se um instrumento muito apelativo para estudar o *coping* nas suas diferentes dimensões. Prova disso é a sua larga utilização internacional, encontrando-se disponível em seis idiomas (e um dialeto) para além do Inglês, sua *língua materna*: Espanhol, Francês, Alemão, Grego, Coreano, Português, Swahili e Kikuyu (segunda língua queniana) (Carver, 2012; Kimemia, Asner-Self & Daire, 2011).

A escolha deste questionário, em suma, foi motivada não apenas pelas suas propriedades psicométricas e pela sua validade facial quando confrontado com outros instrumentos para avaliar o *coping* (as 28 questões do Brief COPE foram um argumento decisivo), mas sobretudo por uma razão teórica e uma razão investigacional. Do ponto de vista teórico, o Brief COPE é um dos instrumentos mais antigos e portanto mais testados e seguros, sem que, no entanto, seja demasiado dependente em termos conceituais do modelo de *coping* de Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984), focado nos problemas ou nas emoções (como acima explicámos). Do ponto de vista investigacional, até ao início do presente estudo, não tínhamos conhecimento do Brief COPE ter sido utilizado em estudos relacionados com o stresse no trabalho. Além da inovação inerente a esta escolha, estávamos igualmente interessados em descobrir informação que nos ajudasse a perceber se o *coping* com o trabalho é semelhante ao *coping* com a doença, quando avaliado pelo mesmo instrumento. Por fim, no que à medição do *coping* diz respeito, julgamos que este questionário cumpre a necessidade de equilíbrio entre o específico e o generalizável recomendado por Latack & Havlovic (1992).

Em conclusão, os três questionários utilizados são instrumentos credíveis a nível internacional. As suas boas propriedades psicométricas têm sido confirmadas em vários estudos. As versões portuguesas apresentam, igualmente, boas propriedades psicométricas. Assim, a evidência empírica oferece-nos segurança quanto à adequação destes instrumentos e à justeza da sua utilização.

#### 4.4. População-alvo

A população que nos interessa estudar é aquela constituída por profissionais cujas ocupações requerem um nível considerável de conhecimento, que não se definem pelo dispêndio de esforço físico mas que se caracterizam pelo desempenho de tarefas mentais, técnicas e relacionais, e cuja execução ocorre maioritariamente no interior de edifícios (específicos, como um hospital, ou genericamente em ambiente *de escritório*, como na sede de um empresa), e não em fábricas, oficinas, campos ou ruas. A população a estudar inscreve-se no que a literatura classifica usualmente como *trabalhos mentais*, uma vez que se constituem por exigências mentais e requerem preponderantemente esforço mental. Os trabalhos mentais são tipicamente desempenhados por *trabalhadores de colarinho branco* (*white collar workers*).

A designação *trabalhadores de colarinho branco* é de origem norte-americana, sendo uma das duas classificações usadas para distinguir tipos de trabalho e de trabalhadores: os *blue collar workers* (*trabalhadores de colarinho azul*) e os *white collar workers*. Estas designações remetem para o vestuário dos dois tipos de trabalhadores: os primeiros identificam-se pelos colarinhos azuis, próprios dos fatos-macacos dos operários fabris, enquanto os segundos se identificam pelos colarinhos brancos das camisas (com ou sem gravata) dos empregados de escritório. Ou seja, partindo da analogia do colarinho, vemos representados dois mundos de trabalho distintos. O trabalho dos operários, que se desenrola em fábricas, na agricultura, na construção, mais centrado na produção, manutenção e ocupações semelhantes, é mais manual e depende mais do esforço físico. As principais capacidades físicas requeridas para este tipo de trabalho são a força (dinâmica, do tronco, estática, e explosiva), a flexibilidade (em extensão, e dinâmica), a coordenação corporal, o equilíbrio e o vigor. Por seu turno, as ocupações que implicam mais trabalho mental e de escritório são menos rotineiras e estruturadas, requerem mais conhecimento e mais processamento de informação, e caracterizam profissionais e técnicos especializados, executivos e gerentes, vendedores e empregados de escritório ou administrativos (Herman & Abraham, 1998; Uslegal.com; Businessdictionary.com; Robbins, 1998). Robbins (1998) sintetiza as sete dimensões mais citadas das competências intelectuais usadas neste tipo de trabalhos: aptidão numérica, compreensão verbal, velocidade de percepção, raciocínio indutivo, raciocínio dedutivo, visualização espacial e memória.

Os trabalhos mentais, ou de colarinho branco, e os trabalhos manuais, ou de colarinho azul, aproximam-se, em termos conceptuais, do que Freire (1997) designou, respetivamente, por *trabalho-saber* e *trabalho-força*. Este autor diferencia três tipos de trabalhos: *trabalho-força*, *trabalho-saber*, e *trabalho-máquina*. Interessam-nos apenas os dois primeiros, na medida em que o trabalho-máquina se refere a tarefas realizadas por dispositivos técnicos em substituição do trabalho humano, e o objeto do nosso estudo prende-se exclusivamente com o trabalho feito por pessoas.

O trabalho-força refere-se à utilização de energia “física e/ou mental” para a realização de tarefas “para certos fins úteis na organização do trabalho”(…); trata-se de “uma actividade [sic] simples, parcelar, com baixo nível de exigências intelectuais e de habilidades manuais ou corporais” que não requer “preparação, destreza ou aprendizagem especiais” (Freire, 1997, p.81). O trabalho-força sobrepõe-se ao trabalho braçal, no duplo sentido do termo: sobrepõe-se porque é um conceito mais vasto (pode haver trabalho-força sem uso de força física, como por exemplo o do vigilante da portaria de um prédio), e sobrepõe-se na medida em que se justapõe em sinonímia com o trabalho braçal, “naquilo que ele representa de dispêndio de



energia e de realização de trabalho” (Freire, 1997, p.81). Por seu lado, o trabalho-saber “é aquele cujo exercício exige absolutamente um processo prévio e mais ou menos longo de aprendizagem, quer ela tenha um carácter mais prático ou mais teórico, quer seja feita em escola ou no próprio processo de trabalho” (Freire, 1997, p.81). O trabalho-saber tem tendência a ver aumentada a sua “efectividade [*sic*] (...) com o tempo, através da experiência prática, da reflexão e da experimentação” (p.81). Sendo mais complexo que o trabalho-força, o trabalho-saber não exclui a actividade [*sic*] manual, integrando-a amiúde com a actividade [*sic*] intelectual, “embora assegurando sempre um nível razoável desta última” (p.82). Freire (1997, p.82) dá como exemplos de trabalho-saber os do “artesão”, “agricultor tradicional”, “artista plástico”, “escritor”, “professor”, “direcção [*sic*] e coordenação no seio das organizações de trabalho”, e “a actividade [*sic*] empresarial ou financeira”.

Em síntese, a população a estudar é a de profissionais de trabalhos-saber, de ocupações mais mentais ou intelectuais que manuais ou braçais, e de colarinho branco (*white collar workers*).

Pretendemos dividir a população em dois grupos: (1) *profissionais de saúde*, o que incluirá médicos, enfermeiros, e restantes técnicos de saúde, física e mental; e (2) *não profissionais de saúde*, o que excluirá: (i) todos os profissionais de saúde, bem como aqueles que, não o sendo, trabalhem nessa área; (ii), profissionais de trabalhos físicos (trabalho-força; *blue collar workers*), e (iii) pessoas que não trabalhem. Utilizaremos preferencialmente as siglas PS e NPS para os designar ao longo do texto. Esta utilização será preferencial, em abono da facilitação da leitura do texto, mas não exclusiva; no caso concreto das titulações usaremos ambas as expressões por extenso.

Ao passo que os pontos (ii) e (iii) são relativamente inequívocos na sua condição de exclusão, o ponto (i) pode revelar-se controverso. Deste modo, é necessário operacionalizar os dois grupos de trabalhadores, mormente no que diz respeito a pessoas que trabalhem na área da saúde. Acrescentamos ainda os critérios de exclusão de sujeitos do presente estudo.

### *Profissionais de saúde*

Para efeitos do nosso estudo, consideramos como PS os sujeitos que cumpram os seguintes dois critérios: (1) possuem formação legalmente exigível para serem profissionais de saúde (seja conferida por Ordens ou Associações profissionais, ou, na ausência desta última, por via académica ou de formação especializada); (2) estabelecem uma relação de ajuda com os doentes (ou utentes, pacientes, clientes).

O critério da relação de ajuda é decisivo. Trata-se de um conceito central no presente estudo, uma vez que a característica diferenciadora entre estes dois tipos de trabalho mental é precisamente a exigência de desempenhar as tarefas do mesmo no contexto de uma relação humana assimétrica porquanto uma das partes se encontra mais vulnerável. Isto não significa que os restantes profissionais não tenham de se envolver também em relações interpessoais em que uma das partes se encontre mais vulnerável; assumimos, porém, que essa vulnerabilidade (1) se deva a outros fatores que não a saúde (por ex., hierarquia organizacional) e (2) não seja o motivo essencial da relação. Dum ponto de vista teórico, a exigência imposta pela relação de ajuda distingue os PS dos demais trabalhadores de colarinho branco. Testar empirica-

mente esta diferença ao nível dos modos de *coping* é, justamente, um dos objetivos do nosso estudo. A bem da adequada operacionalização do conceito, entenda-se a relação de ajuda como uma relação humana face a face entre um cuidador (profissional de saúde) e uma pessoa que necessita de cuidados de saúde (doente), que se encontra limitada, vulnerável ou angustiada, e que espera do cuidador alívio desse mesmo sofrimento e resolução do seu problema. A relação de ajuda é marcada pelo estabelecimento de vínculos entre ambos, pela disponibilização de determinadas características por parte do cuidador (por ex., atitude afetuosa e amigável, empatia, aceitação incondicional, etc.), pela experiência de certos sentimentos pelo doente (por ex., sentir-se compreendido, respeitado, seguro, etc.) e pela negociação de objetivos e tarefas (Ramos, 2008b; Bordin, 1979; Rogers, 1951/1974). Por fim, destacamos ser a relação de ajuda genérica a todas as profissões de saúde, independentemente da duração e da profundidade da mesma (como exemplos extremos, considere-se a relação de um psicoterapeuta com um cliente, que se pode desenrolar ao longo de meses ou de anos, com grande profundidade, e a de um técnico de análises clínicas, que apenas se relaciona com o doente no tempo diminuto de uma recolha de sangue). Tendo em conta este critério central da relação de ajuda, referir-nos-emos aos PS também como *cuidadores*.

Neste quadro, excluem-se da categoria de PS os trabalhadores que, embora possuam quer a formação necessária, quer o estatuto para o serem, não estabeleçam uma relação de ajuda com os doentes para a prossecução e concretização das suas tarefas de trabalho. Como exemplo deste critério de exclusão, considere-se um enfermeiro que desempenha as funções de secretário clínico. Em termos de estatuto, trata-se de um profissional de saúde; porém, para o nosso estudo não o é, na medida em que não se envolve em relações de ajuda com os utentes.

#### *Não profissionais de saúde*

Para efeitos do nosso estudo, consideramos como NPS (por vezes, referimo-nos a eles também como *outros profissionais* ou *não cuidadores*) todos os restantes profissionais com trabalhos mentais (trabalho-saber; *white collar workers*). Distinguiremos estes profissionais de colarinho branco segundo a sua função, e não segundo a sua formação ou a classificação do seu trabalho. Assim, consideraremos três grupos de base: (1) profissionais com responsabilidades de direção; (2) profissionais técnicos com responsabilidades executivas (isto é, operativas); e (3) profissionais com responsabilidades administrativas.

No fundo, podemos acrescentar que o que diferencia estes dois tipos de profissões mentais é o facto de os profissionais de saúde realizarem – mais do que os outros profissionais de colarinho branco – um *trabalho emocional* (Hochschild, 2012), ou seja, em que uma parte substancial do trabalho é de natureza emocional.

#### *Critérios de exclusão*

Os critérios de exclusão são (1) não desempenhar qualquer trabalho à altura da realização do estudo, o que inclui estudantes, desempregados e reformados, e (2) desempenhar trabalhos físicos, ou trabalho-força, ou *blue collar workers* e similares (isto é, que não sejam exclusivamente *white collar workers*).

## 4.5. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados fez-se através de meios informáticos (envio de correio eletrónico e recolha de dados em interface informático), de forma a reduzir custos (com impressão em papel, deslocações, etc.), minimizar o tempo de preenchimento do questionário (de forma a aumentar a taxa de resposta) e maximizar o tratamento dos dados (com a inserção automática das respostas dos participantes numa base de dados). Para mais, o uso de meios informáticos é uma das características operacionais do trabalho dos profissionais de colarinho branco, estando largamente (senão mesmo, totalmente) disseminado o uso de correio eletrónico nessa população, bem como requerida *a priori* um nível de literacia informática suficiente para participar no estudo. Dados os objetivos do estudo, a população a estudar e os procedimentos de recolha de informação, seguimos um método de amostragem não probabilística que, por força de harmonização dos acessos às diferentes populações, consideramos dever designar de conveniência. Com efeito, não havendo aleatorização dos sujeitos e permitindo-se a estes a liberdade de participar ou não no estudo, a amostra resulta ser constituída por conveniência. No entanto, como todos os participantes receberam indicação para reencaminhar o acesso ao questionário a pares das populações a estudar, estamos convictos de que, pelo menos em algumas populações (por ex., os nutricionistas), terá havido amostragem por *snowball*.

Os três questionários foram agrupados num inquérito alojado *online*, no URL <http://questionarios.ua.pt/index.php?sid=37879&lang=pt>. A construção desta plataforma foi da responsabilidade dos *sTIC, serviços de Tecnologias de Informação e Comunicação* da Universidade de Aveiro, e para o efeito foi utilizado o programa *Limesurvey*. As regras operativas da plataforma definiam como optativa a resposta aos itens da escala COPSQQ, por se ter admitido que alguns deles pudessem não se aplicar a determinados sujeitos (por ex., psicoterapeutas trabalhando sozinhos ou em casa). Posteriormente, o inquérito em linha foi testado durante dois meses (de 27 de setembro a 28 de novembro de 2011), por um grupo de 11 pessoas. Este grupo era constituído pelo candidato, pelos dois orientadores, por quatro investigadores (uma bolsista e três docentes universitários *experts* em metodologia da investigação, cada um de uma área diferente: Psicologia, Ciências da Saúde e Matemática), uma socióloga, um psicólogo da área da avaliação psicológica, um responsável pela área da segurança de um grupo económico português de grande dimensão, e um técnico de Tecnologias da Informação e Comunicação, especialista em *user experience* (experiência do utilizador de interfaces informáticas). Procurámos que este grupo cobrisse todo o tipo de questões que o inquérito pudesse originar, desde as teóricas, metodológicas e estatísticas, passando pela funcionalidade do preenchimento do inquérito *online*, até à sua adequação, no tamanho e na linguagem, à população a ser estudada.

O período de testes ao inquérito em linha serviu para realizar pequenos ajustes (como a reformulação de partes do texto das instruções iniciais), detetar um item repetido e substituir pelo que estava em falta, fazer alguns arranjos gráficos possíveis, discutir algumas opções do programa passíveis de redundância ou confusão, ainda que incontornáveis (como por

exemplo, *sair e limpar questionário*), detetar regras operativas em falta, e até questionar a formulação frásica de alguns itens. Um dos elementos que testou o inquérito, por exemplo, questionou a formulação do item 8 da escala COPSOQ (*o seu trabalho exige emocionalmente de si?*). Aceitando que uma formulação alternativa – como *o seu trabalho é emocionalmente exigente?* – se revelasse mais adequada, decidimos manter o item, no sentido de respeitar a versão portuguesa do instrumento e a bem de uma mais apropriada comparação de resultados entre este estudo e outros. Esperamos para ver se o comportamento estatístico deste item suportará a nossa decisão, ou se aconselhará a fazer esta alteração na construção do item. A título de curiosidade, referimos uma outra questão pertinente levantada, que foi a crise económica que se vive no país, e em concreto a possibilidade das respostas a alguns itens poderem ser condicionadas pela mesma.

Pensamos que a revisão destes especialistas assegura que o inquérito está bem preparado, e nas melhores condições em que podia estar. De uma forma geral, as opiniões foram “está claro para um utilizador”, com uma “linguagem clara”, “não vejo grandes dificuldades em preencher o questionário”, “muito claro e bem organizado”, “agradável de preencher”, “é daqueles questionários bem preparados, bem pensados”.

A versão final e completa do inquérito, com o aspeto gráfico e o modo de preenchimento (por cliques com o rato) definidos pelo programa *Limesurvey*, tal como disponibilizada no URL acima identificado, compunha-se do seguinte:

(1) Uma página com uma breve apresentação do estudo e o espaço para assinalar o consentimento informado (sobre o qual nos pronunciaremos de seguida, a propósito da conformidade ética do estudo). Relativamente à apresentação do estudo, optámos por a fazer de uma maneira sucinta, de modo a que a sua leitura fosse rápida. Também para aumentar a probabilidade de adesão dos sujeitos ao estudo, oferecemos a possibilidade de, a seu pedido, receberem um resumo dos resultados no fim do mesmo. Para o efeito, teriam de indicar um endereço eletrónico para o qual o candidato se comprometia a enviar o resumo dos resultados gerais do estudo. Com esta medida, pretendíamos ainda gratificar a participação das pessoas e obviar a uma queixa recorrente de quem é convidado a responder a inquéritos, e que é não ser informado do resultado dos mesmos;

(2) Uma página para recolha dos dados sociodemográficos.

(3) Os três questionários, pela seguinte ordem: ICT, Brief COPE e COPSOQ II – Versão Média;

(4) Na página final, um campo para os participantes indicarem um endereço eletrónico caso desejassem receber o resumo dos resultados do estudo e, por fim, outro campo destinado ao registo facultativo de comentários sobre o estudo, o tema ou o inquérito.

Apresentamos nos Anexos a versão completa do inquérito, tal como foi enviada para tratamento informático no programa *Limesurvey* pelos *sTIC, serviços de Tecnologias de Informação e Comunicação* da Universidade de Aveiro.

#### 4.5.1. Conformidade ética da recolha de dados

Os sujeitos foram convidados a participar no estudo por correio eletrónico, através de uma mensagem que apresentava sucintamente o candidato e o estudo, os reencaminhava para a página em linha com o questionário (bastando para isso clicar na hiperligação disponibilizada), e ainda solicitava que, individualmente, reencaminhassem o email para pessoas das suas relações que se enquadrassem na população a estudar. A amostra foi constituída recorrendo ao apoio de associações profissionais (por ex., Ordem dos Enfermeiros, Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, etc.) e de organizações (instituições e empresas), aos quais era solicitado o envio ou reencaminhamento aos seus associados ou colaboradores da mensagem de convite para participar no estudo. Adicionalmente, a mensagem eletrónica foi enviada também a contactos pessoais do candidato que se enquadrassem na população a estudar. Procurámos conjugar três imperativos nestes *contactos-convites*, a saber: (1) abrangência, o que, no caso dos profissionais de saúde, nos levou a contactar as ordens e associações profissionais disponíveis, de modo a abarcar todos os profissionais de saúde; (2) *boa vontade* (e até mesmo amizade), no sentido de assegurarmos a melhor receção possível ao nosso pedido, o que nos levou a contactar, no caso dos outros profissionais, empresas e instituições em que havia conhecimento pessoal do candidato, bem como a solicitar não apenas a participação, mas sobretudo o reencaminhamento do convite por antigos alunos a colegas docentes em institutos politécnicos e universidades que lecionassem cursos de saúde; e (3) respeito pelas limitações legais e princípios éticos que este tipo de estudo implica. Neste sentido, foi investigada a necessidade de solicitar um parecer à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) sobre a conformidade legal da recolha e do tratamento dos dados do presente estudo, uma vez que o mesmo se processa por meios informáticos. Muito embora a finalidade da presente recolha de dados não se inscreva no espírito da Lei N.º 67/98, de 26 de outubro, que regula a proteção das pessoas singulares relativamente ao tratamento e circulação (na União Europeia) dos seus dados pessoais, considerou-se não haver lugar à necessidade de parecer prévio da CNPD porque, tendo em conta o artigo 3.º, alínea a), os sujeitos que participam no estudo não são identificados ou identificáveis por nenhuma das formas, diretas ou indiretas, aí descrita.

Os imperativos éticos decorrentes deste tipo de estudo foram escrupulosamente observados. Assegurámos a (1) liberdade de não participar no estudo e o (2) consentimento dos participantes quanto à utilização dos seus dados, mediante a garantia de (3) confidencialidade dos sujeitos e da informação prestada, e da (4) fidelidade, rigor e responsabilidade do estudo, bem como da (5) bondade e benefício dos objetivos do mesmo.

O pequeno texto de apresentação do estudo, na página inicial do questionário, assegurava os supracitados pontos (3), (4) e (5). Após esse texto, os participantes são convidados a assinalar o seu consentimento informado, através da questão *Dá o seu consentimento para a colaboração nesta investigação?*, com resposta de escolha forçada. Se a pessoa não pretender participar pode, lógica e imediatamente, desligar a página (*fechar a janela*), mas se responder *Não*, surge uma nova questão solicitando a confirmação da resposta e reafirmando a pertinência do estudo. Julgamos que esta forma de obter o consentimento assegura os supramencionados pontos (1) e (2). Excluímos de todo a obtenção de um consentimento informado assinado/presencial pois tal representaria, em si mesmo, uma limitação à confidencialidade das respostas, uma vez que poderia facilitar a identificação real dos sujeitos.

Por fim refira-se que o respeito pela conformidade ética do estudo foi validado e confirmado de forma independente por duas Comissões de Ética distintas, uma do Centro Hospitalar de São João (Porto) e outra da Escola Superior de Saúde de Viseu. A aprovação destas duas comissões de ética, bem como a aprovação (formal ou informal, colegial ou não) de várias administrações de empresas e instituições, reforça a conformidade ética do estudo.

A recolha de dados decorreu entre os dias 10 de Janeiro e 18 de julho de 2012.

Registaram-se 3925 acessos ao questionário em linha. O programa *Limesurvey* contabilizou automaticamente 2740 questionários totalmente preenchidos e 1185 questionários incompletos. Note-se que o simples acesso à página em linha do questionário foi contabilizado informaticamente como um *caso* ou participante (recebendo por isso um número identificativo), mesmo que os sujeitos não respondessem a qualquer item. Assim, expurgou-se da base de dados todos os casos em que os sujeitos não registaram qualquer resposta no questionário. Estes casos talvez tenham representado recusas à participação no estudo. Ou seja, as pessoas liam a página inicial do questionário, de introdução ao estudo, e onde lhes era solicitado o consentimento informado à participação, desistiam de responder. Outra leitura alternativa: talvez algumas pessoas tenham desligado o questionário, para responder mais tarde. Tanto quanto é do nosso conhecimento, houve um número muito reduzido (inferior a 10) de participantes que escolheram responder a parte do questionário, guardar as respostas, e aceder posteriormente, para completar o preenchimento do mesmo. Eliminando estes 459 registos sem qualquer resposta, a base de dados passou a contar 3466 questionários, tanto totalmente preenchidos, como respondidos incompletamente. De seguida, excluíram-se 33 questionários aos quais os respondentes negaram explicitamente o seu consentimento. Sobraram, deste modo, 3433 questionários que podemos assumir como representantes de 3433 pessoas que deram o seu consentimento efetivo ao estudo.

Na etapa seguinte, eliminámos os questionários dos participantes que cumpriam os critérios de exclusão, a saber: sete estudantes (dois de doutoramento); três desempregados; um reformado; 25 indivíduos que se enquadravam nos trabalhos de colarinho azul (17 assistentes operacionais; um rececionista; dois mecânicos, um eletricista, um calceteiro, um motorista, um condutor de veículos especiais, um funcionário num armazém de construção civil); e 11 profissionais de forças de proteção e segurança (oito bombeiros e três agentes de segurança); num total de 47 participantes. Em conclusão, e com a retirada dos casos de sujeitos que não quiseram participar no estudo e com a exclusão dos casos de sujeitos que não se enquadravam na população a estudar, a amostra quedou-se pelos 3386 sujeitos.

Por fim, decidimos eliminar também os questionários dos participantes que não responderam totalmente às questões do ICT. A ausência de um só item nesta escala poderia limitar o cálculo do ICT para o respetivo sujeito, situação a nosso ver inaceitável tendo em vista a rigorosa distribuição dos sujeitos pelos quatro grupos de capacidade para o trabalho, uma vez que esta é a variável dependente. Assim, mesmo que só faltasse um item por responder, um total de 426 casos foi eliminado, concorrendo para o tamanho final da amostra em 2960 sujeitos.

O estudo das características da amostra revelou existirem problemas em quatro casos, dois deles provavelmente resultantes de erros na digitação da idade (os sujeitos terão carre-

gado apenas uma vez na tecla do número, e não duas vezes, o que resultou em que dois participantes declarassem ter três e cinco anos) e os restantes dois por incongruência entre respostas. Optámos por manter todos os quatro casos na amostra, uma vez que a recodificação dos mesmos permitiu resolver os problemas identificados e salvaguardar a sua validade. Por fim, há a relatar ainda a existência de nove casos em que os sujeitos assinalaram possuir duas profissões (por ex., um profissional de saúde que é também docente universitário). Nestes casos, optámos sempre por escolher a primeira profissão assinalada, com exceção do caso de um docente universitário com cargos de gestão, uma vez que o desempenho desses cargos toma mais tempo que o da lecionação, e portanto foi por nós considerado prevalecente.

## 4.6. Amostra

A análise das características da amostra mostrou-nos que a transmissão da operacionalização das duas populações a estudar (que pretendíamos genérica, para ser inclusiva) não se revelou tão intuitiva e imediata para os participantes como a início esperávamos. Pensamos que duas razões podem ter explicado o sucedido, desde logo a dificuldade em restringir tão grande variedade de ocupações profissionais nas categorias propostas, e ainda a possibilidade de ser registada a denominação da profissão pelos respondentes, em todos os campos para assinalar a profissão de nível inferior ao primeiro. Este último fator contribuiu para ultrapassar o problema, na medida em que ofereceu a possibilidade de recodificar algumas das profissões assinaladas. Disso daremos conta no texto subsequente. Observemos, então, as características da amostra, para a podermos conhecer melhor na sua unidade e diversidade.

A amostra é composta por 2960 sujeitos, sendo 65.7% ( $n=1945$ ) do sexo feminino e 34.3% ( $n=1015$ ) do sexo masculino. As mulheres têm em média 37.5 anos, com um desvio-padrão de 9.6 anos ( $DP=\pm 9.6$ ) enquanto os homens têm uma média de 41.7 anos ( $DP=\pm 10.3$ ). As mulheres são claramente mais novas que os homens – os testes estatísticos revelaram existir diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para a idade, como se pode constatar na Tabela 4.6. No mesmo sentido, os homens têm mais 4.4 anos de experiência profissional que as mulheres. A maioria dos sujeitos (61.8%;  $n=1829$ ) vive maritalmente, enquanto 38.2% ( $n=1131$ ) são solteiros, separados, divorciados ou viúvos. A maior parte dos sujeitos (86.4%;  $n=2555$ ) possui formação superior, enquanto apenas 1.4% ( $n=42$ ) não completou o ensino secundário. Os restantes indivíduos (12.3%;  $n=363$ ) têm o ensino secundário ou médio. A Tabela 4.5 apresenta os dados pormenorizados da caracterização descritiva da amostra dividida por grupo profissional, em cuja análise nos detemos de seguida.

Tabela 4.5. Variáveis demográficas qualitativas por grupo profissional

Variáveis Qualitativas	Grupo Profissional		Total n (%)
	Profissionais de Saúde n (%)	Não Profissionais Saúde n (%)	
<b>Género</b>			
Feminino	700 (77.0%)	1245 (60.7%)	1945 (65.7%)
Masculino	209 (23.0%)	806 (39.3%)	1015 (34.3%)
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	392 (43.1%)	480 (23.4%)	872 (29.5%)
Casado	374 (41.1%)	1157 (56.4%)	1531 (51.7%)
União de facto	90 (9.9%)	208 (10.1%)	298 (10.1%)
Viúvo	2 (0.2%)	11 (0.5%)	13 (0.4%)
Separado	6 (0.7%)	35 (1.7%)	41 (1.4%)
Divorciado	45 (4.9%)	160 (7.8%)	205 (6.9%)
<b>Habilitações literárias</b>			
1º ciclo	0 (0.0%)	1 (≈0.0%)	1 (≈0.0%)
2º ciclo	0 (0.0%)	4 (0.2%)	4 (0.1%)
3 ciclo	1 (0.1%)	36 (1.8%)	37 (1.3%)
Secundário	3 (0.3%)	311 (15.2%)	314 (10.6%)
Médio	1 (0.1%)	48 (2.3%)	49 (1.7%)
Bacharelato	12 (1.3%)	95 (4.6%)	107 (3.6%)
Licenciatura	623 (68.5%)	995 (48.5%)	1618 (54.7%)
Mestrado	223 (24.5%)	386 (18.8%)	609 (20.6%)
Doutoramento	46 (5.1%)	175 (8.5%)	221 (7.5%)
<b>Total</b>	<b>909 (100%)</b>	<b>2051 (100%)</b>	<b>2960 (100%)</b>

Tabela 4.6. Variáveis demográficas quantitativas por grupo profissional e sexo

Variáveis	Grupo Profissional							
	Profissionais de Saúde (n=909)				Não Profissionais Saúde (n=2051)			
	M±SD	Q25%	Med	Q75%	M±SD	Q25%	Med	Q75%
Idade*	35.6±10.6	27.0	32.0	43.0	40.4±9.4	33.0	39.0	47.0
Anos de serviço*	12.5±10.3	4.0	9.0	20.0	18.1±10.2	10.0	16.0	25.0
Variáveis	Sexo				Sexo			
	Feminino (n=1945)				Masculino (n=1015)			
	M±SD	Q25%	Med	Q75%	M±SD	Q25%	Med	Q75%
Idade*	37.5±9.6	30.0	36.0	44.0	41.7±10.3	34.0	40.0	49.0
Anos de serviço*	14.8±9.9	7.0	13.0	22.0	19.2±11.2	10.0	18.0	27.0

\* Teste t-student de amostras independentes: p-value<.001; Teste U de Mann-Whitney: p-value<.001

#### 4.6.1. Grupos profissionais

Relativamente aos dois grandes grupos de profissionais considerados no estudo, temos 31% (n=909) de profissionais de saúde e 69% (n=2051) de não cuidadores.

Entre os PS, 77% (n=700) são do sexo feminino e 23% (n=209) do masculino. Pouco mais de metade é casada ou vive em união de facto (51%; n=464) e quase todos possuem formação superior (99.4%; n=904). A sua idade média é de 35.6 anos (DP=±10.6); a mediana



(Med) das idades é de 32 anos, e os primeiro (Q25%) e terceiro (Q75%) quartis são de 27 e 43 anos, respetivamente. O tempo médio de anos de serviço é de 12.5 anos ( $DP=\pm 10.3$ ; Med=9; Q25%=4 e Q75%=20).

Os NPS são maioritariamente mulheres (60.7%;  $n=1245$ ) vivendo conjugalmente (66.5%;  $n=1365$ ), têm uma idade média de 40.4 anos ( $DP=\pm 9.4$ ), com a mediana das idades a situar-se nos 39 anos (Q25%=33 e Q75%=47), e trabalham em média há 18.1 anos ( $DP=\pm 10.2$ ; Med=16; Q25%=10; Q75%=25).

Analizamos de seguida cada uma das profissões que compõem estes grupos profissionais. As Tabelas 4.7 a 4.10 apresentam os dados relativos a cada uma delas.

#### 4.6.2. Profissionais de saúde

##### *Médicos*

Os médicos representam 6% ( $n=55$ ) da subamostra de PS. Entre eles, 69.1% ( $n=38$ ) são do sexo feminino e 30.9% ( $n=17$ ) são do sexo masculino. Em média, têm 40.5 anos ( $DP=\pm 13.6$ ) e trabalham há 15.5 ( $DP=\pm 13$ ). A maior parte é casada ou unida de facto (56.3%;  $n=31$ ). Cerca de um terço dos médicos realizou formação académica pós-graduada (27.3% [ $n=15$ ] têm mestrado e 5.5% [ $n=3$ ] doutoramento).

##### *Enfermeiros*

Entre os PS, 12% ( $n=111$ ) são enfermeiros, sendo 64.9% ( $n=72$ ) deles do sexo feminino e 35.1% do sexo masculino. A maioria é casada ou unida de facto (76.6%;  $n=85$ ) e, para além da licenciatura, 28.8% ( $n=31.1$ ) possui mestrado ou doutoramento (neste caso, 8.1% [ $n=9$ ]). A sua idade média é de 45.1 anos ( $DP=\pm 11.3$ ) e o tempo médio de anos de trabalho é de 20.3 ( $DP=\pm 11.5$ ).

##### *Técnicos de saúde*

Os técnicos de saúde são o grupo profissional mais numeroso da subamostra, representando 43% ( $n=387$ ) dos PS. Este grupo caracteriza-se por reunir profissionais das tecnologias da saúde e inclui técnicos de fisioterapia (23%;  $n=208$ ), terapia da fala, optometria (4%;  $n=33$ ), cardiopneumologia (10%;  $n=95$ ) (note-se que apresentamos apenas os valores para as profissões que faziam parte das opções de resposta e que registaram uma frequência superior a 1%), radiologia, medicina nuclear, radioterapia, laboratório, saúde ambiental, análises clínicas, motricidade, psicomotricidade, educação especial e reabilitação, ambulância e emergência, neurofisiologia, anatomia patológica e ortóptica. A grande maioria é do sexo feminino (80.6%;  $n=312$ ), enquanto que 19.4% ( $n=75$ ) são homens. Mais de metade é casada ou unida de facto (52.2%;  $n=202$ ), enquanto 40.3% ( $n=156$ ) é solteira e 7.5% ( $n=29$ ) separada ou divorciada. Apenas 0.8% ( $n=3$ ) não possui licenciatura ou grau académico superior. Têm, em média, 35.9 anos ( $DP=\pm 9.3$ ) e trabalham, em média, há 13 anos ( $DP=\pm 9.4$ ).

##### *Outros profissionais de saúde*

O grupo dos outros profissionais de saúde é constituído pelos sujeitos que assim se definiram nas opções de resposta, sem mais esclarecimentos, ou que se identificaram pela definição legal (i.é., técnico superior), e pelos dietistas/nutricionistas (33%;  $n=301$ ) (apresentamos apenas os valores para as profissões que faziam parte das opções de resposta e que registaram uma frequência superior a 1%), médicos dentistas, farmacêuticos e técnicos de farmácia, gerontólogo, terapeutas ocupacional, psicopedagogo e acupunctur. Registe-se não existirem psicólogos clínicos na amostra.

*Tabela 4.7. Variáveis demográficas qualitativas por profissionais de saúde*

	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de saúde	Outros profissionais	Total
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Género</b>					
Feminino	38 (69.1%)	72 (64.9%)	312 (80.6%)	278 (78.1%)	700 (77.0%)
Masculino	17 (30.9%)	39 (35.1%)	75 (19.4%)	78 (21.9%)	209 (23.0%)
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	20 (36.4%)	20 (18.0%)	156 (40.3%)	196 (55.1%)	392 (43.1%)
Casado	29 (52.7%)	76 (68.5%)	161 (41.6%)	108 (30.3%)	374 (41.1%)
União de facto	2 (3.6%)	9 (8.1%)	41 (10.6%)	38 (10.7%)	90 (9.9%)
Viúvo					
Separado	0 (0%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)
Divorciado	1 (1.8%)	1 (0.9%)	4 (1.0%)	0 (0.0%)	6 (0.7%)
	3 (5.5%)	3 (2.7%)	25 (6.5%)	14 (3.9%)	45 (5.0%)
<b>Habilitações literárias</b>					
1º ciclo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
2º ciclo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
3º ciclo	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.1%)
Secundário	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.8%)	3 (0.3%)
Médio	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	1 (0.1%)
Bacharelato	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.8%)	9 (2.5%)	12 (1.3%)
Licenciatura	37 (67.3%)	79 (71.2%)	244 (63.0%)	263 (73.9%)	623 (68.5%)
Mestrado	15 (27.3%)	23 (20.7%)	120 (31.0%)	65 (18.3%)	223 (24.5%)
Doutoramento	3 (5.5%)	9 (8.1%)	20 (5.2%)	14 (3.9%)	46 (5.1%)
<b>Total</b>	<b>55 (100%)</b>	<b>111 (100%)</b>	<b>387 (100%)</b>	<b>356 (100%)</b>	<b>909 (100%)</b>

A subamostra de PS é constituída por 39% ( $n=356$ ) de outros profissionais que não são médicos, enfermeiros ou enquadráveis nas tecnologias da saúde (ainda que gerontologia e terapia ocupacional possam ser considerados dessa forma, só se registou um caso de cada, pelo que optámos por os inserir neste grupo). Destes, 78.1% ( $n=278$ ) são mulheres e 21.9% ( $n=78$ ) são homens. A sua idade média é de 31.5 anos ( $DP=\pm 8.7$ ) e a maioria é solteira (55.1%;  $n=196$ ). É o único grupo entre os PS com sujeitos sem formação académica superior: 1.4% ( $n=5$ ) tem habilitações literárias inferiores ao bacharelato. É também o grupo onde existem menos mestres e doutorados (22.2%;  $n=79$ ). Estes profissionais têm uma experiência profissional média de 9 anos ( $DP=\pm 8.7$ ).

Os quatro grupos de profissionais de saúde distribuem-se decrescentemente da seguinte forma, no que respeita às idades: os mais velhos são os enfermeiros ( $M=45.1$ ), seguidos dos médicos ( $M=40.5$ ), dos técnicos de saúde ( $M=35.9$ ) e dos outros profissionais de saúde ( $M=31.5$ ), que são os mais novos. Estes quatro grupos são estatisticamente diferentes, como se pode verificar na Tabela 4.8.

*Tabela 4.8. Variáveis demográficas quantitativas por profissionais de saúde*

Variáveis	Médico (n=55) M±SD	Enfermeiro (n=111) M±SD	Técnicos de saúde (n=387) M±SD	Outros profissionais (n=356) M±SD
Idade*	40.5±13.6	45.1±11.3	35.9±9.3	31.5±8.7
Anos de serviço**	15.5±13.0	20.3±11.5	13.0±9.4	9.0±8.7

\* ANOVA de um fator para amostras independentes:  $p$ -value<.001 (Teste da homogeneidade não é cumprido), Comparações múltiplas (método de Tukey): Todos os grupos são estatisticamente diferentes; Teste de Kruskal-Wallis:  $p$ -value<.001

\*\* ANOVA de um fator amostras independentes:  $p$ -value<.001 (Teste da homogeneidade não é cumprido), Comparações múltiplas (método de Tukey): Não há diferenças estatísticas apenas para os grupos tecnologias da saúde e os médicos ( $p$ -value=.191), sendo todos os outros grupos estatisticamente diferentes; Teste de Kruskal-Wallis:  $p$ -value<.001

O grupo com mais experiência profissional é o dos enfermeiros, com uma média de cerca de 20 anos de serviço ( $M=20.3$ ), enquanto o grupo com menos experiência profissional é o dos outros profissionais de saúde ( $M=9.0$ ). Os médicos e os técnicos de saúde têm um número de anos de serviço intermédio à queles dois grupos, sendo que entre eles não existem diferenças estatísticas significativas no que respeita aos anos de serviço (Cf. Tabela 4.8).

### 4.6.3. Não profissionais de saúde

Recordamos que a caracterização das profissões deste grupo seguiu uma lógica hierárquica e não disciplinar ou setorial. A exceção a esta regra foi a opção por isolar o grupo dos professores, por se considerar que a sua prática profissional se desenrola maioritariamente no contexto da relação interpessoal, o que os aproxima concetualmente dos PS (tendo em conta o critério definidor da relação de ajuda), mais do que os restantes grupos de NPS. Esta medida visa possibilitar análises ulteriores isolando o grupo dos professores.

#### *Dirigentes, diretores, gestores*

A subamostra de NPS é constituída por 22% ( $n=458$ ) de sujeitos com cargos de direção (dirigentes, diretores ou gestores). Destes, a maioria é do sexo masculino (58.7%;  $n=269$ ), havendo 41.3% ( $n=189$ ) profissionais do sexo feminino. A média de idades é de 43.6 anos ( $DP=9.7$ ). A grande maioria é casada ou vive em união de facto (77.1%;  $n=353$ ) e possui formação superior (89.7%;  $n=411$ ). Trata-se do único grupo de profissionais considerado com elementos com nível mais baixo de habilitações literárias (0.2%;  $n=1$ ). É também o grupo com maior experiência profissional: em média, os dirigentes possuem 21.4 ( $DP=\pm 10.7$ ) anos de serviço.

Constituem este grupo desde presidentes executivos, passando por diretores (recursos humanos, comercial, etc.), coordenadores de departamento, até chefes regionais, subgerentes, quadros superiores e intermédios, ou *chefs* de cozinha.

#### *Técnicos executivos*

O maior grupo desta subamostra (e também da amostra total) é constituído pelos profissionais que executam trabalhos técnicos específicos, que são 43% ( $n=891$ ). O grupo dos técnicos executivos é aquele que regista maior variedade de profissões, ainda que apresente uma unidade substancial ao nível da especificidade técnica da ocupação e da previsível autonomia técnica na sua execução. Entre eles, contam-se advogados, juizes, engenheiros (civil, mecânico, agrícola, informático, ambiente), arquitetos, urbanistas, *designers* (gráfico, joalheria), biólogos, geólogos, sociólogos, psicólogos (forense, educacional), ergonomicistas, consultores e auditores, contabilistas, gestores comerciais (e de clientes, de produto), técnicos superiores de segurança e higiene no trabalho, controladores de tráfego aéreo, técnicos de controlo da qualidade, técnicos e analistas informáticos, programadores, empregados forenses, desenhadores, orçamentistas, topógrafos, animadores, músicos, jornalistas e repórteres, delegados de formação médica, criativos publicitários, assistentes sociais, investigadores (quer científicos, quer criminais), etc.. Muitos sujeitos identificaram a sua profissão sem a designar, nomeadamente *funcionários públicos* e *técnicos superiores*.

Os técnicos executivos são constituídos por 60.2% ( $n=536$ ) de mulheres e 39.8% ( $n=355$ ) de homens, com uma idade média de 38.6 anos ( $DP=\pm 9.0$ ). Ainda que a maioria viva em conjugalidade (60.6%;  $n=540$ ), este é o grupo com maior número de pessoas solteiras (30.4%;  $n=271$ ). A grande maioria possui estudos superiores (86.9%;  $n=775$ ). Em média, trabalham há 15.9 anos ( $DP=\pm 9.9$ ).

#### *Administrativos*

Os administrativos representam 20% ( $n=403$ ) dos NPS. A maioria é do sexo feminino (76.7%;  $n=309$ ); os sujeitos do sexo masculino são 23.3% ( $n=94$ ). A idade média dos administrativos é de 39.1 anos ( $DP=\pm 9.1$ ) e a maioria é casada ou vive em união de facto (63%;  $n=254$ ). Os administrativos são o grupo de profissionais onde se regista maior percentagem de separações e divórcios (12.9%;  $n=52$ ). Este é o único grupo de profissionais cuja maioria (57%;  $n=230$ ) não possui formação académica superior. Trabalham, em média, há 17.7 anos ( $DP=\pm 10.0$ ).

#### *Outros não profissionais de saúde*

Cerca de 1% ( $n=15$ ) dos sujeitos não especificou profissão ou cargo, ou apresentou quer uma nomenclatura ininteligível para nós (e.g., Qualificado II), quer siglas ininterpretáveis. Neste grupo, 53.3% ( $n=8$ ) são do sexo feminino, ao passo que 46.7% ( $n=7$ ) são do sexo masculino. A sua idade média é de 34.3 anos ( $DP=8.0$ ), 73.3% ( $n=11$ ) são casados e 26.7% ( $n=4$ ) solteiros, e a maioria possui formação superior (73.4%;  $n=11$ ). Trabalham há 12.4 anos em média ( $DP=9.8$ ).

#### *Professores*

A profissão de professor envolve, por definição, mais relação interpessoal que as restantes profissões desta subamostra. No presente estudo, o grupo engloba professores de todos os níveis de ensino, desde uma educadora de infância, até docentes universitários.

Os professores representam 14% ( $n=284$ ) dos não cuidadores. Entre eles, a maioria é do sexo feminino: temos 71.3% ( $n=203$ ) de mulheres contra 28.5% ( $n=81$ ) de homens. A sua idade média é de 43.3 anos ( $DP=8.7$ ) e a maioria vive maritalmente (72.8%;  $n=207$ ). Trata-se do grupo com nível de formação académica pós-graduada mais elevado, contando com 40.1% ( $n=114$ ) de doutorados e 35.6% ( $n=101$ ) de mestres. A presença substancial de docentes universitários na amostra poderá ter impulsionado estes números. A sua experiência profissional conta em média 20.1 anos ( $DP=\pm 9.1$ ).

*Tabela 4.9. Variáveis demográficas qualitativas por não profissionais de saúde*

	Dirigentes <i>n</i> (%)	Técnicos executivos <i>n</i> (%)	Administ. <i>n</i> (%)	Outros <i>n</i> (%)	Professores <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)
<b>Género</b>						
Feminino	189 (41.3%)	536 (60.2%)	309 (76.7%)	8 (53.3%)	203 (71.3%)	1245 (60.7%)
Masculino	269 (58.7%)	355 (39.8%)	94 (23.3%)	7 (46.7%)	81 (28.5%)	806 (39.3%)
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	56 (12.2%)	271 (30.4%)	97 (24.1%)	4 (26.7%)	52 (18.3%)	480 (23.4%)
Casado	300 (65.5%)	449 (50.4%)	212 (52.6%)	9 (60.0%)	187 (65.8%)	1157 (56.4%)
União facto	53 (11.6%)	91 (10.2%)	42 (10.4%)	2 (13.3%)	20 (7.0%)	208 (10.1%)
Viúvo	3 (0.7%)	6 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (0.7%)	11 (0.5%)
Separado	7 (1.5%)	15 (1.7%)	12 (3.0%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	35 (1.7%)
Divorciado	39 (8.5%)	59 (6.6%)	40 (9.9%)	0 (0.0%)	22 (7.7%)	160 (7.8%)
<b>Habilitações literárias</b>						
1º ciclo	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.0%)
2º ciclo	0 (0.0%)	1 (0.1%)	3 (0.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (0.2%)
3º ciclo	9 (2.0%)	7 (0.8%)	19 (4.7%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	36 (1.8%)
Secundário	32 (7.0%)	77 (8.6%)	197 (48.9%)	3 (20.0%)	2 (0.7%)	311 (15.2%)
Médio	5 (1.1%)	31 (3.5%)	11 (2.7%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	48 (2.3%)
Bacharelato	36 (7.9%)	35 (3.9%)	19 (4.7%)	1 (6.7%)	4 (1.4%)	95 (4.6%)
Licenciatura	248 (54.1%)	549 (61.6%)	131 (32.5%)	5 (33.3%)	62 (21.8%)	995 (48.5%)
Mestrado	94 (20.5%)	164 (18.4%)	23 (5.7%)	4 (26.7%)	101 (35.6%)	386 (18.8%)
Doutoram.	33 (7.2%)	27 (3.0%)	0 (0.0%)	1 (6.7%)	114 (40.1%)	175 (8.5%)
<b>Total</b>	<b>458 (100%)</b>	<b>891 (100%)</b>	<b>403 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>284 (100%)</b>	<b>2051 (100%)</b>

A separação entre estes grupos profissionais, no que respeita à idade e aos anos de serviço, não é clara. Como se pode verificar na Tabela 4.10, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quer para uma variável, quer para a outra. As Tabelas 4.11 e 4.12 mostram como se agruparam estatisticamente os diferentes grupos.

Tabela 4.10. Variáveis demográficas quantitativas por não profissionais de saúde

	Dirigentes (n=458) M±SD	Técnicos exe- cutivos (n=891) M±SD	Administ. (n=403) M±SD	Outros (n=15) M±SD	Professores (n=284) M±SD
Idade*	43.6±9.7	38.6±9.0	39.1±9.1	34.3±8.0	43.3±8.7
Anos de serviço**	21.4±10.7	15.9±9.9	17.7±10.0	12.4±9.8	20.1±9.1

\* ANOVA de um fator para amostras independentes:  $p$ -value<.001 (Teste da homogeneidade é cumprido), Comparações múltiplas (método de Tukey): ver Tabela 4.11; Teste de Kruskal-Wallis:  $p$ -value<.001

\*\* ANOVA de um fator para amostras independentes:  $p$ -value<.001 (Teste da homogeneidade é cumprido), Comparações múltiplas (método de Tukey): ver Tabela 4.12; Teste de Kruskal-Wallis:  $p$ -value<.001

Os outros profissionais são o grupo mais novo, ao passo que os dirigentes são o mais velho. Todos os outros grupos profissionais partilham mais do que um grupo etário proposto pelo teste estatístico. Quanto aos anos de serviço, regista-se justamente a mesma solução. Podemos observar nas Tabelas 4.11 e 4.12 como se distribuem os grupos profissionais quanto à idade e anos de serviço.

Tabela 4.11. Comparações múltiplas para a variável idade (não profissionais da saúde)

	Efeitos diferentes			
	1	2	3	4
Outros não cuidadores	34.3			
Técnicos executivos	38.6	38.6		
Administrativos		39.1	39.1	
Professores			43.3	43.3
Dirigentes				43.6
<i>p</i> -value	0.057	0.999	0.061	0.999

Método de Tukey. Os valores apresentados na tabela representam médias.

Tabela 4.12. Comparações múltiplas para a variável anos de serviço (não profissionais de saúde)

	Efeitos diferentes		
	1	2	3
Outros não cuidadores	12.4		
Técnicos executivos	15.9	15.9	
Administrativos		17.7	
Professores		20.1	20.1
Dirigentes			21.4
<i>p</i> -value	0.260	0.111	0.202

Método de Tukey. Os valores apresentados na tabela representam médias.

## 4.7. Análise de dados

#### 4.7.1. Dados quantitativos

A caracterização da amostra foi efetuada com métodos de estatística descritiva, em concreto a análise de frequências, o cálculo de médias e desvios-padrão e estatísticas descritivas robustas (medianas e quartis). Recorremos à estatística inferencial para comparação de diferenças entre grupos de amostras independentes, através de testes paramétricos (dois grupos: teste t de Student; mais de dois grupos: ANOVA de um fator para amostras independentes), quer não paramétricos (dois grupos: teste U de Mann-Whitney; mais de dois grupos: teste de Kruskal-Wallis). Quando os testes com mais de dois grupos resultaram na rejeição da hipótese nula procedeu-se à análise de comparações múltiplas pelo método de Tukey. De seguida, enunciámos os métodos escolhidos para o estudo analítico dos instrumentos psicométricos utilizados.

##### *ICT*

O ICT foi examinado estatisticamente através da análise fatorial exploratória. Utilizámos os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o da esfericidade de Bartlett para testar a validade da análise fatorial. O método de extração de fatores utilizado foi o dos componentes principais sobre a matriz das correlações com rotação *varimax* (Martinez et al., 2009; Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005). Assumimos três critérios de validação dos fatores extraídos: valores próprios superiores a 1, análise do *scree plot*, e variância explicada. Considerámos pesos superiores a .30 como valores de saturação. Analisámos a consistência interna através do Alfa de Cronbach. Observámos ainda as diferenças estatisticamente significativas entre as classes de resultados obtidas para o ICT e as variáveis sociodemográficas, através da análise da variância (ANOVA de um fator para amostras independentes ou o teste de Kruskal-Wallis). Por último, explorámos associações entre os valores do ICT e as variáveis sociodemográficas quantitativas (correlação de Spearman). Estudámos ainda a distribuição do ICT na amostra total e nas populações amostrais dos PS e dos NPS.

##### *Brief COPE*

Estudámos o Brief COPE através da análise fatorial exploratória sobre a matriz das correlações, validada previamente pelos testes de KMO e de Bartlett. Os fatores foram extraídos pelo método dos componentes principais seguido de rotação *direct oblimin* (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Retivemos os fatores comuns com base na combinação das análises do *scree plot*, da variância explicada e dos valores próprios superiores a 1. Numa segunda análise, fixámos o mesmo número de fatores a extrair que o número de fatores teóricos representados no questionário (14). Os itens carregaram nos fatores com valores de saturação superiores a .30. Calculámos o Alfa de Cronbach para medir a consistência interna do instrumento. Analisámos as diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões teóricas do Brief COPE e as variáveis: sexo, grupo profissional (teste paramétrico: t-Student, teste não-paramétrico: U de Mann-Whitney), e as diferentes categorias de capacidade para o trabalho (teste paramétrico: ANOVA paramétrica de um fator para amostras independentes, teste não paramétrico: Kruskal-Wallis) seguido do teste de Tukey para comparações múltiplas. Finalmente, examinámos as associações entre as dimensões do Brief COPE e a idade e os anos de serviço através da correlação de Spearman.

Por fim, foi feita uma análise fatorial exploratória sobre as diferentes categorias do ICT com o objetivo de estabelecer diferentes perfis de *coping*. Optámos por esta estratégia para complementar o estudo comparativo das médias, uma vez que este poderia ser menos preciso em virtude das médias poderem resultar de diferentes tipos de associações de itens. Por seu lado, um método estatístico baseado na correlação entre os itens permite associar itens semelhantes, e dessa forma acrescenta maior poder heurístico à definição de cada perfil de *coping*. O método de extração dos fatores foi idêntico ao inicial proposta para esta escala. O estudo dos diferentes perfis de *coping* foi realizado nas três populações amostrais: total, PS e NPS.

### COPSOQ

Analisámos o COPSOQ II – Versão Média através da técnica da análise fatorial exploratória, previamente ratificada pelos testes de KMO e de Bartlett. A extração dos fatores fez-se pelo método de componentes principais, seguido de rotação *varimax* com normalização de Kaiser (Dupret et al., 2012). Duas análises foram realizadas: a primeira forçando a extração de oito fatores, na expectativa de observar um ajustamento entre a estrutura fatorial e a dimensionalidade teórica do instrumento; a segunda, estabelecendo os critérios habituais: valores próprios superiores a 1, análise do *scree plot*, e variância explicada. Calculámos a consistência interna das dimensões teóricas do questionário através do Alfa de Cronbach. Analisámos a distribuição dos resultados dos fatores psicossociais do trabalho na amostra total e nas subamostras de PS e de NPS tendo em consideração os três níveis interpretativos recomendados pelos autores.

Analisámos as diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões consideradas do COPSOQ e as variáveis: sexo, grupo profissional (teste paramétrico: t-Student, teste não-paramétrico: U de Mann-Whitney), e as diferentes categorias de capacidade para o trabalho (teste paramétrico: ANOVA paramétrica de um fator para amostras independentes, teste não paramétrico: Kruskal-Wallis) seguido do teste de Tukey para comparações múltiplas. Como com os questionários anteriores, examinámos as associações entre as dimensões do COPSOQ e a idade e os anos de serviço através da correlação de Spearman. Por último, um estudo correlacional entre as diferentes dimensões do COPSOQ e do BriefCOPE foi realizado através do teste de Spearman, procurando estabelecer relações de associação entre os diferentes itens utilizados.

Procurámos prever o resultado da capacidade para o trabalho a partir das diferentes dimensões do *coping* e dos fatores psicossociais do trabalho, socorrendo-nos de modelos de previsão. Os modelos de previsão permitem “modelar relações entre variáveis e predizer o valor de uma variável dependente (ou resposta) a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou preditoras)”, sejam essas relações de dependência funcional ou apenas de associação (Marôco, 2010, p.689). Através de modelos de previsão, procurámos prever o resultado do ICT a partir das dimensões teóricas do *coping*, da capacidade para o trabalho (COPSOQ) e das variáveis sociodemográficas do estudo. Dois modelos de previsão são propostos: um modelo de regressão linear múltipla (considerando o valor do ICT numa escala quantitativa) e um modelo de regressão ordinal (considerando o valor do ICT categorizado nas classes pobre, moderado, bom e excelente). Resultados sobre a existência, qualidade e validação dos modelos de regressão propostos são também apresentados.



As análises estatísticas foram realizadas com o programa informático SPSS 17.0 (versão 17 do programa *Statistical Package for the Social Sciences*). Em todos os resultados estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%.

#### 4.7.2. Dados qualitativos

Os comentários dos participantes foram alvo de uma análise de conteúdo por agrupamento semântico. Foi assegurada a concordância superior a noventa por cento entre os três autores da análise de conteúdo.

Os resultados serão apresentados em texto e em tabelas. Pretendemos destacar os dados mais relevantes através da descrição textual, mas também apresentar, com a razoabilidade necessária, todos os resultados obtidos, em nome de uma comunicação científica clara, rigorosa e completa.

### 4.8. Desenho da investigação

As variáveis em estudo são a forma como as pessoas lidam com o stress (*coping*), o ambiente psicossocial do trabalho e a saúde individual no trabalho, operacionalizada enquanto capacidade para o trabalho. O *coping* representa a variável central do estudo, tal como se representa na Figura 4.1. O desenho metodológico comporta quatro diferentes níveis de análise, além da descrição e comparação de cada variável em estudo nas populações amostrais

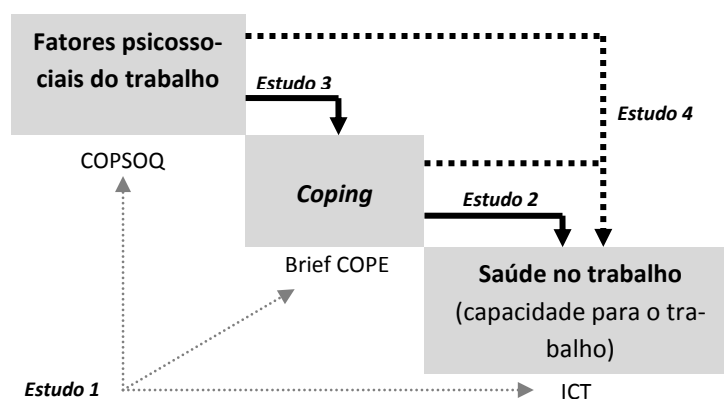


Figura 4.1. Esquema do desenho metodológico da investigação

consideradas (total, profissionais de saúde e não profissionais de saúde). Em primeiro lugar, pretendemos realizar um estudo psicométrico prévio dos instrumentos utilizados, com o objetivo de testar a sua validade de constructo e a sua fiabilidade (Estudo 1; setas pontilhadas cin-

zetas na Figura 4.1). Em segundo lugar, pretendemos saber se o *coping* influencia a saúde no trabalho (Estudo 2). Em terceiro lugar, queremos saber se o *coping* é influenciado pelos fatores psicossociais do trabalho (Estudo 3). Por fim, desejamos saber se é possível estabelecer um modelo de previsão da saúde no trabalho a partir do *coping* e dos fatores psicossociais, assim como das variáveis sociodemográficas, ou covariantes (Estudo 4; setas cheias pontilhadas, na Figura 4.1). Por fim, e regressando ao conceito central do nosso estudo, esperamos que estes quatro níveis de análise nos ajudem a identificar os perfis de *coping* que mais contribuem para a saúde no trabalho.

Como se trata do nosso primeiro estudo *em nome próprio*, e por supormos ser também o primeiro em Portugal (não temos conhecimento de um estudo português equiparável ao presente), optámos por um *design* de base conservadora, de natureza descritiva, transversal, correlacional e quantitativa, recorrendo a questionários com provas dadas em termos psicométricos e a algumas análises estatísticas mais habituais nesta área de estudo (e.g., análise fatorial exploratória). Em todo o caso, arriscámos também em análises estatísticas menos frequentes e um pouco mais audazes no domínio da investigação em psicologia (e.g., modelos de previsão), assim como ensaiámos uma abordagem qualitativa simples sobre o estudo e o tema por ele versado. A opção por um desenho metodológico conservador talvez tenha resultado da necessidade de segurança que sempre mitiga o medo da primeira vez... A nossa esperança é que os resultados venham a indicar caminhos que contribuam para arriscar em metodologias mais sofisticadas.

## 5. Resultados

### 5.1. Características psicométricas dos instrumentos na amostra em estudo

Tal como *o bom pincel faz o bom pintor*, também a qualidade dos instrumentos psicométricos concorre decisivamente para a solidez dos resultados encontrados. Neste sentido, quisemos confirmar a segurança do comportamento dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Apresentamos de seguida os resultados relativos à sua validade e fiabilidade. Os resultados referentes à frequência ou distribuição das respostas aos três instrumentos pela amostra total e pelas subamostras em estudo serão reportados no ponto 5.2, por uma questão de lógica na organização da informação.

#### 5.1.1. ICT: Validade de constructo e consistência interna

Tanto o teste KMO como o de Bartlett possibilitam a análise fatorial. O teste KMO apresentou um valor para a amostra total muito aceitável de .707, variando os valores nas restantes subamostras entre .639, para a população de enfermeiros, e .732 para os dirigentes. Todos os testes de Bartlett realizados resultaram num nível de significância inferior a 5% (*Sig.*<.05), o que assegura haver correlação entre as variáveis. Ambos os resultados indicam que a matriz é adequada para uma análise fatorial.

Procedemos à estratégia analítica mais vezes referida na literatura, a análise fatorial exploratória pelo método de componentes principais, seguida de rotação *varimax*, não só na amostra total e nos dois grande grupos profissionais, mas também em todas as populações estudadas. Sublinhamos a importância desta variável, não só como variável dependente *final*, mas sobretudo como critério de seriação da amostra para os estudos estatísticos subsequentes. O desejo de assegurar a validade de constructo do ICT para lá de qualquer dúvida razoável levou-nos a decidir estudar a sua estrutura fatorial nas diferentes populações amostrais (o que não foi feito com os outros dois questionários). Os resultados são apresentados nas tabelas 5.1, 5.2 e 5.3, e descritos seguidamente. As duas últimas tabelas deveriam figurar nos Anexos, uma vez que representam análises a um nível mais *fino*, não realizadas com os restantes instrumentos. No entanto, por uma questão de facilitar a leitura das mesmas em paralelo com a leitura do texto, optámos por as integrar no corpo principal. Refira-se que não é apresentada a variância comum ( $h^2$ ) das dimensões. Com efeito, a generalidade da literatura relativa ao ins-

trumento não fornece essa informação, o que impossibilita fazer comparações e, portanto, nos levou a optar por não a calcular.

Os resultados indicam que o ICT não se revelou um instrumento unidimensional no nosso estudo. Com efeito, e salvo duas exceções (populações de enfermeiros e de administrativos), todas as soluções fatoriais apontaram para uma estrutura composta por três fatores. Este resultado revela-se muito robusto, na medida em que o ICT apresentou a mesma estrutura em diferentes populações. Encontrámos apenas duas ligeiras exceções a esta configuração fatorial (populações de médicos e de outros profissionais de saúde). Passamos a descrever a estrutura fatorial do ICT encontrada neste estudo, para de seguida analisarmos os dois tipos de exceção acima indicados. Antes, porém, importa reportar que foram tentadas outras soluções fatoriais (desde logo, aquela outra mais referida na literatura, composta por dois fatores; cf. Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005) mas os resultados não faziam sentido teórico nem estatístico – com efeito, valores saturados em fatores diversos, inesperados ou incongruentes, agrupamento de itens sem justificação teórica e outros dados ininteligíveis aconselhavam a eleger como mais sólida a solução por nós encontrada.

A análise de fatores comuns na amostra total resultou na diferenciação de três componentes principais, que explicam 65.7% da variância cumulativa. Isoladamente, o Fator 1 explica 34.2%, o Fator 2 explica 18.0% e o Fator 3 explica 13.5% da variância observada. Este parece ser o resultado fatorial mais interessante, não apenas por ser relativo à globalidade da amostra, mas porque os pesos com que as dimensões saturam nos fatores são elevados e bem definidos. O Fator 1 é composto pelas dimensões 1, 2 e 7 do ICT, referentes à capacidade de trabalho (comparada quer com o seu melhor, quer com as exigências do trabalho) e aos recursos psicológicos. O Fator 2 inclui as dimensões 3, 4 e 5, relativas a doenças, incapacidade e absentismo. O Fator 3 aloja a dimensão 6, que concerne ao prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos. Os dois grandes grupos profissionais considerados – da saúde e sem ser da saúde – replicam esta tendência, fazendo o ICT comportar-se da mesma maneira, não apenas na constituição dos fatores, mas inclusivamente nos pesos dos mesmos e nos valores de variância e de saturação. A estrutura fatorial repete-se inalterada nas populações dos técnicos de saúde, dirigentes, técnicos executivos e professores. No caso dos outros profissionais de saúde, a dimensão 4 (incapacidade motivada por doenças) apresenta valores de saturação nos Fatores 1 e 2, ainda que o valor mais elevado se registre no Fator 2 (.642, por oposição a .390). Uma vez que estes valores são díspares, optámos por considerar o fator onde se registou o peso mais elevado e dispensámo-nos de avaliar o poder discriminativo dos fatores (através da avaliação de alterações no Alfa de Cronbach com e sem a dimensão), procedimento que se justificaria no caso de os valores serem próximos. O ICT comporta-se de modo diferente também na população dos médicos, apresentando uma dimensão (desta feita a 5, relativa ao absentismo) com valores de saturação num fator diferente do observado nas restantes populações, que neste caso é o Fator 3. Assim, na subamostra dos médicos o Fator 3 agrega o absentismo e a estimação da capacidade para o trabalho no futuro.

Tabela 5.1. Análise exploratória do ICT para a população total e para os grandes grupos profissionais

Populações	Total (KMO=.707; % cum=65.7%; n=2960)			Profissionais de Saúde (KMO=.698; % cum=66.8%; n=909)			Não profissionais de saúde (KMO=.710; % cum=65.4%; n=2051)		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3
<b>1</b>	.837			.837			.838		
<b>2</b>	.834			.843			.828		
<b>3</b>		.781			.800			.770	
<b>4</b>		.726			.723			.735	
<b>5</b>		.669			.678			.666	
<b>6</b>			.990			.0974			.991
<b>7</b>	.691			.711			.680		
Valor-próprio	2.392	1.261	0.948	2.385	1.356	0.941	2.402	1.221	0.953
% variância	34.2	18.0	13.5	34.0	19.4	13.4	34.3	17.5	13.6
$\alpha$	.704	.458	n.a.	.720	.475	n.a.	.695	.453	n.a.

\* Inferior ao valor limite de 1; n.a.=não aplicável

Dimensões: **1**: Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor; **2**: Capacidade de trabalho relativamente às exigências da ocupação; **3**: Número atual de doenças; **4**: Estimativa do grau de incapacidade motivada por doenças; **5**: Absentismo por doença no ano transato; **6**: Prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos; **7**: Recursos psicológicos.

Tabela 5.2. Análise exploratória do ICT para os profissionais de saúde

Populações	Médicos (KMO=.711; % cum=74.4%; n=55)			Enfermeiros (KMO=.639; % cum=81.8%; n=111)				Técnicos de saúde (KMO=.677; % cum=67.5%; n=387)			Outros Profissionais (KMO=.695; % cum=67.1%; n=356)		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Dimensões do ICT													
1	.898			.874				.815			.850		
2	.828			.890				.823			.869		
3		.785			.787				.815			.804	
4		.786			.854				.789		.390	.642	
5			.895			.989			.648			.733	
6			.821				.962			.955			.957
7	.738			.799				.730			.608		
Valor próprio	2.981	1.404	0.827*	2.448	1.473	1.027	0.781*	2.286	1.427	1.007	2.449	1.367	0.880*
% variância	42.6	20.1	11.8	34.7	21.0	14.7	11.2	32.7	20.4	14.4	35.0	19.5	12.6
$\alpha$	.787	.440	.666	.809	.368	n.a.	n.a.	.694	.508	n.a.	.707	.472	n.a.

\* Inferior ao valor limite de 1; n.a.=não aplicável

Dimensões: **1:** Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor; **2:** Capacidade de trabalho relativamente às exigências da ocupação; **3:** Número atual de doenças; **4:** Estimativa do grau de incapacidade motivada por doenças; **5:** Absentismo por doença no ano transato; **6:** Prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos; **7:** Recursos psicológicos.

Tabela 5.3. Análise exploratória do ICT para os não profissionais de saúde

Populações	Dirigentes (KMO=0.732; % cum=64.9%; n=458)			Técnicos (KMO=.695; % cum=65.3%; n=891)			Administrativos (KMO=.691; % cum=76.4%; n=403)				Professores (KMO=.712; % cum=70.0%; n=284)		
Dimensões ICT	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 1	Fator 2	Fator 3
<b>1</b>	.761			.843			.828				.884		
<b>2</b>	.796			.813			.814				.888		
<b>3</b>		.730			.767			.825				.793	
<b>4</b>		.654			.748			.763				.730	
<b>5</b>		.728			.676					.952		.666	
<b>6</b>			.953			.961			.985				.944
<b>7</b>	.748			.682			.616				.700		
Valor-próprio	2.455	1.091	1.000	2.311	1.298	0.961	2.297	1.195	0.982	0.873*	2.707	1.254	0.940
% variância	35.1	15.6	14.3	33.0	18.5	13.7	32.8	17.1	14.0	12.5	38.7	17.9	13.4
$\alpha$	.684	.410	n.a.	.682	.454	n.a.	.644	.449	n.a.	n.a.	.778	.500	n.a.

\* Inferior ao valor limite de 1; n.a.: não aplicável.

Dimensões: **1**: Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor; **2**: Capacidade de trabalho relativamente às exigências da ocupação; **3**: Número atual de doenças; **4**: Estimativa do grau de incapacidade motivada por doenças; **5**: Absentismo por doença no ano transato; **6**: Prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos; **7**: Recursos psicológicos.

As populações dos enfermeiros e dos administrativos revelaram as únicas exceções à estrutura de três fatores do ICT, com os resultados a sugerirem a existência de quatro fatores. Tanto numa como noutra subamostra, o Fator 1 manteve a mesma estrutura fatorial constituída pelas dimensões 1, 2 e 7, tal como em todas as restantes populações, assim como a dimensão 6 ficou isolada num fator único. De modo semelhante, o Fator 2 manteve as dimensões 3 e 4 (doenças e incapacidade) mas perdeu a dimensão 5 (absentismo), que no caso dos enfermeiros se veio a isolar no Fator 3 e no caso dos administrativos no Fator 4. Por fim, registre-se que a dimensão 6 (estimação da capacidade para o trabalho futura) se constituiu como Fator 4 nos enfermeiros e como Fator 3 nos administrativos.

Importa justificar a aceitação de valores próprios inferiores a 1. Como se pode observar nas Tabelas 5.1, 5.2 e 5.3, apenas em duas subamostras (dirigentes e técnicos de saúde) se registaram valores próprios iguais ou superiores a 1 em todos os fatores extraídos. Recordamos que o valor próprio não foi o único critério de validação dos fatores, mas que se fez acompanhar da análise do *scree plot* e da percentagem de variância explicada. Ainda que o terceiro fator (ou quarto, no caso das duas soluções de quatro fatores) seja responsável por reduzida variância observada, ela é, em todas as subamostras, sempre superior a 10%. Na análise do *scree plot*, por seu lado, e de modo geral, observamos a inflexão marcada do declive ligeiramente abaixo do valor 1 e, a partir do fator a excluir da solução, uma distribuição de pontos mais homogénea, praticamente assumindo a forma de linha. A grande razão, porém, para assumirmos valores próprios inferiores a 1 prende-se com a qualidade das soluções encontradas. Se tivéssemos fixado o valor próprio em 1, teríamos obtido soluções incompreensíveis. Como a definição do valor próprio é uma escolha empírica, assumimos a flexibilidade de o baixar ligeiramente, o que não só permitiu obter melhores soluções em todas as populações consideradas, como também fez emergir uma solução genérica (por ex., no arranjo dos fatores) praticamente transversal a todas elas. Note-se ainda que, salvo quatro exceções em que os valores próprios são mais baixos - a saber: enfermeiros=.781; médicos=.827; administrativos=.873; outros profissionais cuidadores=.880 - os restantes cinco são superiores a .9 e, desses, apenas dois (professores e o grande grupo dos profissionais de saúde) não são praticamente 1 (por arredondamento).

No que respeita à consistência interna dos fatores, apenas o Fator 1 mostrou ser consistente, nas análises efetuadas em todos os grupos amostrais. O Fator 2 apresentou sempre valores do Alfa de Cronbach abaixo do limite tolerável, com exceção das populações amostrais dos técnicos de saúde ( $\alpha > .50$ ) e dos professores ( $\alpha = .50$ ). Este resultado poderá ter sido influenciado pelo grande número de itens (Hair et al., 2010) das dimensões que compõem o Fator 2, designadamente daquela relativa às doenças, a qual contém 51 itens.

Em síntese, o comportamento psicométrico do ICT revelou-se díspar. Por um lado, a estabilidade da sua estrutura fatorial, testada em onze populações amostrais, confirma a sua validade de constructo. Por outro lado, ele revela uma consistência interna aceitável em apenas um dos dois fatores latentes identificados. Acreditamos que os valores do Alfa de Cronbach aumentariam se forçássemos a extração de apenas dois fatores, no entanto, e como anteriormente referimos, as soluções encontradas eram teoricamente insatisfatórias. Em todo



o caso, interessou-nos menos a consistência interna dos fatores que a estabilidade das soluções encontradas nos diferentes grupos, facto que assumimos como prova da validade do constructo e da consistência da medida.

### 5.1.2. COPSOQ: Validade de constructo e consistência interna

No estudo da validade de constructo da COPSOQ II – Versão Média, o nosso primeiro objetivo foi testar a correspondência entre os resultados estatísticos e as dimensões teóricas do questionário. A análise fatorial inicial do COPSOQ (forçando oito fatores) revelou resultados incompreensíveis que fizeram suspeitar de problemas com as escalas, em concreto relacionadas com os itens Confiança Horizontal e Insegurança no Trabalho. Uma análise mais afinada levou-nos a questionar o sentido definido para a cotação dos itens relativos à confiança nos colegas. A ordem era inverter o 42 e o 45. No entanto, os itens 40 e 41 apresentavam sentido semântico inverso aos restantes itens do questionário. Assim, optámos por inverter não o 42 mas o 40 e o 41. Os resultados da consistência interna da dimensão a que pertencem esses itens (Valores no Trabalho) melhoraram substancialmente, passando de .684 para .894. Quanto ao item 60 (Insegurança no Trabalho), apresentava o mesmo problema semântico. A sua inversão, porém, não melhorou substancialmente a consistência interna da dimensão teórica a que pertence, sugerindo a sua não inclusão na mesma. No conjunto dos itens, a inclusão do item 60 prejudica o Alfa de Cronbach, ainda que minimamente. Do ponto de vista teórico, a versão portuguesa avalia a insegurança no trabalho com apenas um item, ao passo que na original são utilizados quatro. Assim, em face destes argumentos estatísticos e teóricos, pensamos fazer sentido eliminar o item 60 da análise fatorial final.

Os valores dos testes de Bartlett ( $Sig.<.05$ ) e de KMO (.912 na extração forçada de oito fatores e .945 no modelo de 16 fatores) confirmam que as variáveis se correlacionam, validando assim as análises fatoriais exploratórias efetuadas sobre a matriz das correlações do questionário COPSOQ. Note-se que para estas análises se utilizam apenas registos completos. Uma vez que uma variável com um valor em falta condiciona todas as restantes variáveis para um mesmo sujeito, decidimos excluir os casos com valores em falta, pelo que o tamanho real da amostra considerada foi de 2668 sujeitos (e não de 2960). Optámos, portanto, por não recorrer a técnicas de imputação de dados, reservando essa possibilidade para trabalho futuro.

Realizaram-se duas análises fatoriais pelo método de componentes principais, seguido de rotação *varimax* com normalização Kaiser (Dupret et al., 2012). Na primeira análise, forçámos a extração de oito fatores e agregámos os itens de cada escala de modo a introduzir as escalas na análise, ao passo que na segunda obedecemos à combinação dos critérios do *scree plot*, dos valores próprios superiores a 1 e da variância explicada, e introduzimos todos os itens no modelo. Não foram calculados os valores da variância comum ( $h^2$ ) dos fatores. Optámos por não operar uma terceira análise, forçando os quatro fatores revelados por Dupret et al. (2012) e Nübling et al. (2006) uma vez que a variância explicada por quatro fatores seria inaceitavelmente baixa (41.1%). Além do mais, tal análise revelou-se dispensável, uma vez que as anteriores satisfizeram o objetivo que as motivou, e que era testar a validade de constructo do questionário, como de seguida se relata. Verificou-se a existência de saturações negativas, que

importa comentar. No domínio da Estatística Matemática, a saturação de itens com pesos negativos não é admissível e é habitualmente entendida como sinalizando problemas ou deficiências nos instrumentos de medida. A direção das escalas de resposta é um bom exemplo deste tipo de deficiências, solucionável pela inversão das cotações dos itens com *loadings* negativos. No entanto, no contexto da investigação científica em Psicologia, a Estatística Aplicada tolera saturações negativas. Seguindo o exemplo anterior, não se entende necessário inverter cotações, sobretudo quando a oposição entre o item saturado negativamente e outro, ou outros, que carregam positivamente se revela compreensível do ponto de vista teórico. Foi justamente isto que se verificou no presente estudo, relativamente às saturações negativas, como adiante daremos conta.

A solução de oito fatores não confirmou na generalidade a estrutura das oito dimensões teóricas definida pelos autores (Kristensen et al., 2005; Pejtersen et al., 2010); de facto, somente duas delas correspondem a fatores estatísticos. Como se pode observar na Tabela 5.4, apenas as dimensões Comportamentos Ofensivos e Personalidade emergiram como fatores estatísticos bem definidos, registando-se valores de saturação fortes (mais no caso da primeira: .806, que no da segunda: .555) num único fator. Todas as demais dimensões viram as suas subdimensões saturar em mais do que um fator. Os resultados menos complicados verificam-se com as dimensões relativas às exigências laborais e à saúde e bem-estar. As escalas da dimensão Exigências Laborais separam-se em dois fatores, ficando no entanto agrupadas as exigências emocionais e cognitivas (Fator 3) e as exigências quantitativas e o ritmo de trabalho (Fator 4). No tocante à saúde e bem-estar, todas as escalas carregam no mesmo fator (Fator 2), com valores de saturação altos, com exceção da escala Saúde Geral, que satura em quatro fatores distintos, assumindo o valor de saturação mais elevado no Fator 8. Contudo, ela integra também o Fator 2, juntamente com as restantes escalas da dimensão, ainda que assumindo um valor negativo. Pensamos que este sentido contrário pode ser justificado pela direção da escala de resposta, que é oposta à das outras escalas. De notar que a sua retirada da dimensão faz aumentar ligeiramente a consistência interna da mesma (de .838 para .893). As restantes quatro dimensões apresentam configurações fatoriais de difícil resolução teórica, seja porque nenhuma das suas escalas se aloja no mesmo fator (Interface Trabalho-Indivíduo), seja porque algumas das escalas carregam em três ou mais fatores (escala Confiança nos Colegas da dimensão Valores no Trabalho, escala Conflitos de Papel da dimensão Relações Sociais e Liderança), seja ainda porque algumas escalas saturam em fatores diferentes com valores de saturação muito próximos (por ex., Influência no Trabalho, da dimensão Organização do Trabalho e Conteúdo do Trabalho). Não tendo confirmado estatisticamente a estrutura teórica das dimensões dos fatores psicossociais do trabalho postuladas pelo COPSQ, tratámos de calcular o Alfa de Cronbach para o questionário total, para as oito dimensões teóricas e para cada uma das escalas (Cf. Tabela 5.4), assim como proceder a uma nova análise fatorial exploratória, sem fixação do número de fatores a extrair.

Ainda que as escalas não se tenham agrupado nas dimensões teóricas esperadas, podemos verificar que o questionário, as dimensões e as escalas apresentam uma consistência interna superior a aceitável. O COPSQ revelou possuir uma excelente consistência interna no nosso estudo ( $\alpha=.907$ ). As dimensões teóricas mostraram igualmente possuir boa consistência interna, com Alfas bastante interessantes, sempre superiores a .70 (com exceção da Interface Trabalho-Família, nem por isso muito distante daqueles valores, apresentando  $\alpha=.674$  após

remoção do item 60; com o item 60,  $\alpha=.585$ ) e quatro deles rondando o limiar de excelência de .90 (Organização do Trabalho e Conteúdo do Trabalho, Relações Sociais e Liderança, Valores no Trabalho, Saúde e Bem-estar).

Com a análise fatorial exploratória forçando o mesmo número de dimensões teóricas e com o cálculo da consistência interna, verificámos que aquelas não resultam bem ajustadas em termos empíricos, porém o agrupamento dos itens nas mesmas revela-se bastante consistente. De notar que embora a análise estatística não tenha reproduzido a estrutura teórica, ela mostrou que a generalidade das escalas mantém os itens que teoricamente lhes correspondem. Assim, desta análise retemos que o COPSOQ (total, dimensões teóricas e escalas) possui boa consistência interna, mas que a sua estrutura fatorial necessita de estudo adicional.

Neste sentido, repetimos a análise fatorial exploratória pelo método de componentes principais, seguido de rotação *varimax* com normalização Kaiser (Dupret et al., 2012), estabelecendo como critério de extração o *scree plot*, valores próprios superiores a 1 e percentagem aceitável de variância explicada. Esta análise fez emergir 16 fatores, que explicam 65.3% da variância cumulativa. A Tabela 5.5 apresenta os resultados da análise e a Tabela 5.19 sintetiza os agrupamentos por ela revelados.

O modelo de 16 fatores mostra-se mais ajustado do ponto de vista estatístico, com fatores mais bem definidos e, de uma maneira geral, valores de saturação mais aceitáveis. Registam-se menos resultados problemáticos que na análise de oito fatores. Com efeito, apenas 17 itens (em 76) saturam em mais do que um fator, e desses apenas oito apresentam valores aproximados de saturação em fatores diferentes. De resto, os itens saem sempre associados nas escalas a que pertencem conceitualmente, havendo em apenas duas escalas (Influência no Trabalho e Conflito Trabalho-Família) itens com outras cargas fatoriais concorrentes. O Fator 1 surge como o mais forte, com valores próprios de 17.73 e 23.33% de variância explicada, e agrupa os itens relativos à saúde e bem-estar. Saúde e Bem-estar, Personalidade (Fator 15; 1.40% da variância) e Comportamentos Ofensivos (Fator 10; 1.90% da variância) são as únicas dimensões teóricas mantidas nesta análise de fatores comuns. As escalas das restantes dimensões disseminaram-se por diferentes fatores, que seguidamente relatamos, e que sintetizamos na Tabela 5.6.

A análise de fatores comuns sugere uma nova organização conceitual dos aspetos psicossociais do trabalho entre os fatores latentes a mais do que uma escala. O Fator 2 (responsável por 8.76% da variância) agrupa escalas de três dimensões (cf. Tabela 5.5) que do ponto de vista teórico sugerem que a dimensão partilhada é a Segurança Psicológica, em sentido lato. O facto da escala Insegurança no Trabalho carregar neste fator com sinal negativo (portanto, com direção contrária às demais) pode reforçar essa mesma sugestão. O Fator 3 (4.74% da variância) junta duas escalas da dimensão relativa à organização e ao conteúdo do trabalho. A conjugação do significado e do compromisso com o trabalho parece não apenas indicar uma comunalidade relativa ao Sentido do Trabalho, como inclusivamente operacionalizar essa mesma dimensão. O Fator 4 (3.78% da variância) remete para a Solidariedade no trabalho, expressa pelas subdimensões do apoio entre pares e do sentido de comunidade. Por fim, a dimensão Exigências Laborais divide-se em dois fatores claramente distintos, sendo o mais

Tabela 5.4. Análise exploratória fatorial para a amostra em estudo, fixando 8 fatores

N=2668; KMO=.912; % variância total=65.2%; $\alpha$ total (76 itens)=.907									
Dimensões	$\alpha$	Fatores							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Escalas [itens]									
<b>Exigências laborais</b>	<b>.739</b>								
Exigências quantitativas [1, 2, 3]	.733				.823				
Ritmo de trabalho [4]	n.a.				.762				
Exigências cognitivas [5, 6, 7]	.659			.773					
Exigências emocionais [8]	n.a.			.699					
<b>Organização do trabalho e conteúdo do trabalho</b>	<b>.863</b>								
Influência no trabalho [9, 10, 11, 12]	.783	.451		.522					
Possibilidades de desenvolvimento [13, 14, 15]	.791	.346		.728					
Significado do trabalho [51, 52, 53]	.867	.303		.310		.750			
Compromisso com trabalho [54, 55]	.640	.300				.679			
<b>Relações sociais e liderança</b>	<b>.902</b>								
Previsibilidade [16, 17]	.748	.722							
Recompensas (reconhecimento) [21, 22, 23]	.885	.769							
Clareza do papel [18, 19, 20]	.859	.574		.337					
Conflitos de papel [24, 25, 26]	.671			.307	.368	-.362			.472
Qualidade da liderança [36, 37, 38, 39]	.922	.789							
Apoio social de superiores [30, 31, 32]	.902	.639					.427		
Apoio social de colegas [27, 28, 29]	.775						.829		
<b>Interface trabalho-indivíduo</b>	<b>.674*</b>								
Insegurança no trabalho [60]	n.a.								.764
Satisfação no trabalho [56, 57, 58, 59]	.831	.598				.442			
Conflito Trabalho/Família [62, 63, 64]	.867		.406		.628				
<b>Valores no trabalho</b>	<b>.894+</b>								
Confiança nos superiores [43, 44, 45]	.709	.744							
Confiança nos colegas [40, 41, 42]	.812					-.355	-.433		.412
Justiça [46, 47, 48]	.826	.793							
Comunidade social no trabalho [33, 34, 35]	.894	.440					.631		

Tabela 5.4. Cont.

Dimensões Escala [itens]	$\alpha$	Fatores							
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Personalidade</b>	<b>.741</b>								
Autoeficácia [49, 50]	.741	.555							
<b>Saúde e bem-estar</b>	<b>.893-</b>								
Saúde geral [61]	n.a.		-.493			.315		.314	.521
Stresse [69, 70]	.806		.797						
Burnout [67, 68]	.829		.797						
Problemas em dormir [65, 66]	.798		.710						
Sintomas depressivos [71, 72]	.814		.781						
<b>Comportamentos ofensivos</b>	<b>.767</b>								
Bullying [73, 74, 75, 76]	.767							.806	
Valores próprios	n.a.	7.942	3.693	1.793	1.262	1.140	1.093	1.029	0.955
% variância explicada	n.a.	27.39	12.73	6.18	4.35	3.93	3.77	3.55	3.29

n.a.: não aplicável

\* Após remoção do item 60 (antes:  $\alpha=.585$ )

+ Após inversão dos itens 40 e 41 e manutenção do 42 (antes:  $\alpha=.684$ )

- Após remoção do item 61 (antes:  $\alpha=.838$ )



38							.805										
39							.785										
40												.780					
41												.787					
42		.317		.374								.554					
43		.536										.329					
44		.658															
45		.448										.400					
46		.629															
47		.674															
48		.481															
49																.739	
50																.721	
51				.788													
52				.761													
53				.735													
54				.725													
55				.584													
56		.316		.412									.463				
57													.672				
58		.303		.373									.522				
59				.472									.511				
60				.323													
61		.386											.383				
62		.449					.437										.560
63		.346					.533										.567
64							.531										.494
65		.692															
66		.690															
67		.686															
68		.788															
69		.721															
70		.770															
71		.750															
72		.709															
73											.577						
74											.752						
75											.852						
76											.880						
Valores próprios	17.730	6.659	3.602	2.872	2.444	2.244	2.148	1.886	1.638	1.444	1.386	1.194	1.168	1.105	1.065	1.024	
% variância	23.329	8.762	4.740	3.778	3.215	2.953	2.826	2.481	2.156	1.900	1.823	1.571	1.537	1.454	1.402	1.347	

As caixas tracejadas representam escalas. Itens 40 e 41 invertidos na cotação; item 42 não invertido na cotação.

Tabela 5.6. Estrutura fatorial do COPSOQ na amostra em estudo

Fator	Escalas	Dimensões originais	Denominação proposta
1	Saúde geral Problemas em dormir <i>Burnout</i> Stresse Sintomas depressivos	S&BE	Saúde e bem-estar
2	Previsibilidade Recompensas (reconhecimento) Confiança nos superiores Justiça Insegurança no trabalho	RS&L VT IT-I	Segurança psicológica no trabalho
3	Significado do trabalho Compromisso com o trabalho	O&CT	Sentido do trabalho
4	Apoio social dos colegas Comunidade social no trabalho	RS&L VT	Solidariedade
5	Exigências cognitivas Exigências emocionais Possibilidade de desenvolvimento	EL O&CT	Desafios psicológicos do trabalho
6	Qualidade da liderança	RS&L	Qualidade da liderança
7	Exigências quantitativas Ritmo de trabalho	EL	Carga de trabalho
8	Clareza do papel	RS&L	Clareza do papel
9	Influência no trabalho	O&CT	Influência no trabalho
10	Comportamentos ofensivos	CO	Comportamentos ofensivos
11	Apoio social dos superiores	RS&L	Apoio social dos superiores
12	Confiança nos colegas	VT	Confiança nos colegas
13	Satisfação no trabalho	IT-I	Satisfação no trabalho
14	Conflitos de papel	RS&L	Conflitos de papel
15	Personalidade	P	Personalidade
16	Conflito trabalho/família	IT-I	Conflito trabalho-família

EL: Exigências Laborais; O&CT: Organização do Trabalho e Conteúdo do Trabalho; RS&L: Relações Sociais e Liderança; IT-I: Interface Trabalho-Indivíduo; VT: Valores no Trabalho; P: Personalidade; S&BE: Saúde e Bem-estar; CO: Comportamentos Ofensivos

importante aquele que se relaciona com as exigências psicológicas do trabalho e que se associa também com a Possibilidade de Desenvolvimento (Fator 5, 3.22% da variância). Este fator, pelas escalas que inclui, poderia igualmente ser designado por Desafios Psicológicos do Trabalho. A ideia de desafio às capacidades da pessoa encontra um argumento adicional quando verificamos que o item 9 (relativo à influência no trabalho) tem uma saturação primária neste fator (.474), ainda que o tenhamos incluído no fator onde teoricamente ele pertence (muito por causa do seu valor de saturação ser praticamente o mesmo: .471). O outro fator (Fator 7;



2.83% da variância) inclui as exigências quantitativas e o ritmo de trabalho, e parece indicar que o fator latente é a Carga de Trabalho a que o indivíduo está sujeito. Cada um dos restantes 10 fatores (6 e 8-16; a variância explicada por cada um deles situa-se entre 2.96% e 1.35%) corresponde a uma escala concreta, e dela mantém a designação. Algumas cargas fatoriais secundárias entre estes últimos fatores merecem ser referidas, em abono da sua coerência. O Fator 9 (Influência no Trabalho) recebe um item da subdimensão Previsibilidade. O item 17 (Previsibilidade – *recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?*) tem saturação primária no Fator 8 (Clareza do Papel), ainda que o tenhamos agrupado juntamente com o outro item com que constitui a escala Previsibilidade. Regista-se com esta escala um dado que não se repete nos restantes resultados da análise: ambos os itens que a constituem saturam em dois fatores. O Fator 6 (Qualidade da Liderança) é reforçado com o item 31, relativo ao apoio social dos superiores. O Fator 11, Apoio Social dos Superiores, é saturado também pelo item 29, da subdimensão Apoio Social dos Colegas. O item 36, incluído no Fator 6 (Qualidade da Liderança), carrega secundariamente no Fator 2 (Segurança no Trabalho). O item 42 (Fator 12, Confiança nos Colegas) carrega secundariamente nos fatores relativos à segurança e ao sentido do trabalho. O fator Confiança nos Colegas recebe também uma saturação de dois itens da Confiança nos Superiores. Três dos itens da Satisfação no Trabalho (Fator 13) carregam secundariamente nos fatores relativos à segurança e sentido do trabalho. A saúde geral carrega também no fator da satisfação no trabalho. Os itens do Fator 16 (Conflito Trabalho/Família) carregam em outros dois fatores, Carga de Trabalho e Saúde e Bem-estar (aliás, o peso de saturação do item 64 – *A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?* – é maior no fator Carga de Trabalho, muito embora o tenhamos mantido juntamente com os outros itens da escala).

Ao contrário do agrupamento fatorial da análise com oito fatores, as saturações em fatores diferentes revelam-se, nesta análise, sempre coerentes e interpretáveis. Com efeito, em termos teóricos, estas saturações noutros fatores podem indiciar reflexões bastante interessantes e pertinentes: será possível influenciar o trabalho ou sentir que o seu papel é claro num ambiente de imprevisibilidade? Será possível ser-se um bom líder sem apoiar os colaboradores? Em que medida dependerá a segurança psicológica no trabalho da qualidade da liderança? E da confiança nos colegas? De acordo com a nossa experiência clínica e de consultoria, estas questões não são apenas pertinentes tópicos de reflexão ou investigação, mas questões reais, sentidas e vividas cotidianamente pelos trabalhadores de colarinho branco. Por outro lado, do ponto de vista estatístico, é necessária precaução nesta leitura teórica, uma vez que estes dez fatores juntos explicam apenas 18.62% da variância, e cada um deles isoladamente não explica mais que entre 1% a 3% da variância registada. Em todo o caso, podemos concluir que os 16 fatores resultantes da análise efetuada se mostram bem definidos estatisticamente (excetuando os dois casos acima referidos) e teoricamente inteligíveis. No limite, a configuração fatorial do COPSQ observada no presente estudo poderá suscitar alguma discussão em torno da sua dimensionalidade teórica, mas tal não contradiz nem refuta o constructo subjacente de fatores psicossociais do trabalho.

Em suma, e considerando a boa consistência interna e tendo verificado a validade de constructo, ainda que com outra organização dos seus constituintes, podemos concluir que o COPSQ apresenta boas propriedades psicométricas na amostra estudada.

### 5.1.3. Brief COPE: Validade de constructo e consistência interna

A análise fatorial exploratória da estrutura da escala Brief COPE foi validada pelos testes de Bartlett ( $Sig.<.05$ ) e de KMO, tendo-se observado neste último um valor de .780. Ambos os critérios de validade indiciam segurança na análise fatorial da matriz das correlações.

O método estatístico utilizado – componentes principais seguido de rotação *direct oblimin* – replicou as análises realizadas pelos autores da escala original (Carver, 1997) e da versão portuguesa (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Os resultados são mostrados na Tabela 5.7. Mais uma vez, optámos por não calcular a variância comum ( $h^2$ ) dos fatores, em linha com as opções dos autores supramencionados.

Tabela 5.7. Análise exploratória fatorial do Brief COPE para a amostra total

(KMO=.78; % cum=65.27%; n=2960)									
Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8	Fator 9
1									.899
2		-.603							
3						-.759			
4				.933					
5	.787								
6		.379				-.363			
7		-.714							
8						-.813			
9								-.890	
10	.816								
11				.924					
12		-.600	.333						
13		-.371				-.369			
14		-.757							
15	.803								
16		.359				-.379			
17		-.439	.430						
18			.827						
19									.785
20							-.821		
21								-.862	
22					-.933				
23	.803								
24							-.684		
25		-.583							
26			-.422			-.354	-.343		
27					-.930				
28			.813						
Valor-próprio	4.78	3.39	2.07	1.68	1.64	1.34	1.21	1.11	1.06
% variância	17.08	12.11	7.40	6.01	5.85	4.80	4.31	3.96	3.75
$\alpha$	.827	.670	.611	.809	.885	.638	.469	.810	.621

No nosso estudo, o Brief COPE revelou ser constituído por nove fatores, tal como sucedeu com os estudos de referência acima citados. Outras análises, porém, conduziram a estruturas fatoriais com diferentes números de fatores, variando entre cinco (e.g., Kimemia et al., 2011) e 12 (e.g., Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000). Ainda que o *design* metodológico dos estudos possa em parte explicar esta divergência, é também verdade que a arrumação dos itens e a definição dos fatores não resulta de todo incoerente entre as várias estruturas fatoriais avançada pela literatura. Detemo-nos de seguida na caracterização dos nove fatores e na sua comparação com as estruturas fatoriais encontradas por Carver (1997) e Pais Ribeiro & Rodrigues (2004).

Os nove fatores explicam 65.27% da variância total observada. O Fator 1 é responsável por 17.08% da variância, e é constituído pelos itens correspondentes às dimensões relativas ao suporte social emocional e ao suporte instrumental, pelo que o podemos designar por Busca de Apoio Social. Importa acrescentar uma observação acerca da tradução do termo inglês *social support*. Ainda que a literatura científica de língua portuguesa opte por uma tradução direta (*suporte social*), a expressão *apoio social* revela-se mais concordante com a índole da língua portuguesa. Em todo o caso, utilizamos ao longo do texto as duas formas de tradução, respeitando quer ambos os argumentos, quer a flexibilidade e riqueza da língua portuguesa. O Fator 2 apresenta-se como o mais complexo, na medida em que é constituído por nove itens, cinco dos quais carregam igualmente noutros fatores. Ainda que praticamente todos os valores de saturação destes cinco itens sejam muito semelhantes nos diferentes fatores em que carregam (apesar de em alguns fatores esses itens saturarem com valores negativos), dois deles apresentam cargas fatoriais secundárias. Os itens que compõem este fator correspondem às dimensões *Coping* Ativo, Desinvestimento Comportamental, Reinterpretação Positiva, Planeamento e ainda um item da dimensão Autoculpabilização (item 13; carga fatorial de -.371). Apenas os itens relativos ao Desinvestimento Comportamental apresentam sinal positivo; todos os outros assumem valores negativos; ou seja, o desinvestimento comportamental surge com sentido inverso às restantes estratégias de *coping*. As escalas *Coping* Ativo e Planeamento aparecem associadas amiúde (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Por outro lado, o agrupamento destas com a dimensão Desinvestimento Comportamental foi já relatado e justificado, sendo o desinvestimento comportamental entendido como oposto ao *coping* ativo (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Na literatura, a reinterpretação positiva aparece igualmente associada ao *coping* ativo e ao planeamento (e.g., Carver, 1997). A Reinterpretação Positiva assume a mesma direção que o *Coping* Ativo e o Planeamento, o que poderá fazer supor que os suporta. Neste sentido, podemos nomear este fator como *Coping* Positivo ou Confrontação Positiva dos Problemas, socorrendo-nos do modelo de *coping* de Snyder & Pulvers (2001) (confrontação), da prevalência da resolução de problemas entre fatores identificados em estudos com questionários para avaliar o *coping* (e.g., Folkman & Lazarus, 1988; Amir-khan, 1990; Stanton et al., 2000) e do aspeto ativo destes esforços (patentes nos itens). Nesta configuração fatorial, porém, o item da escala Autoculpabilização parece não fazer sentido. Este fator explica 12.11% da variância registada. O Fator 3 (7.40% da variância) é constituído pelas escalas Reinterpretação Positiva, Humor e pelo item 26 da dimensão Autoculpabilização (carga fatorial de -.422). Uma vez que este fator junta a reinterpretação positiva com o humor, podemos designá-lo por Inversor Humorístico, nome que é dado na terapia cognitiva aos pensamentos alternativos que, pelo seu humor, disputam os pensamentos negativos automáticos

e invertem a *polaridade* emocional de uma dada transação de stresse (Gonçalves, 1993). De novo, o item da Autoculpabilização (*Culpo-me pelo que está a acontecer*) é de difícil interpretação no contexto dos restantes itens agrupados. O Fator 4 é constituído pelos dois itens que compõem a escala Uso de Substâncias, pelo que manterá o mesmo nome; ele justifica 6.01% da variância. O Fator 5 agrupa os dois itens da dimensão Religião, e explica 5.85% da variância. O Fator 6, responsável por 4,80% da variância, agrupa três dimensões teóricas do instrumento: Negação, Desinvestimento Comportamental e Autoculpabilização. Todos os itens apresentam cargas negativas, com exceção do item 26, que integra a dimensão da Autoculpabilização (*Culpo-me pelo que está a acontecer*). Ora, tendo este item sentido inverso aos outros, poderemos pensar que os outros atos de *coping* não geram culpa. Neste sentido, podemos designar este fator por Evitamento-Escape (Lazarus, 1984; Skinner et al., 2003; Amirkhan, 1990) ou Desligamento (Portello & Long, 2001) – talvez mais Desligamento, porque parece implicar uma escolha, enquanto evitar e escapar poderá estar associado à culpa. Por outro lado, a dimensão de Autodistração é já em si mesma indicadora de escape. O Fator 7 (responsável por 4.31% da variância) combina a dimensão de Aceitação com um item de Autoculpabilização (de novo, o 26; -.343), todos com cargas negativas; assim, podemos nomeá-lo Aceitação ainda que fosse mais correto chamar-lhe Resignação. Com efeito, a nossa experiência clínica e de trabalho com grupos nesta área tem-nos revelado que as pessoas, de uma maneira geral, entendem mais este tipo de *coping* não tanto como aceitação, mas mais como resignação (tem sido comum, a título ilustrativo, quando explicamos o *coping* de aceitação, as pessoas retorquirem dizendo frases do género *mas isso é resignação*). O Fator 8 explica 3.96% da variância e pode ser designado por Expressão de Sentimentos, uma vez que é composto pelos dois itens dessa subescala. Por fim, o Fator 9 (3.75% da variância explicada) é constituído pelos dois itens da dimensão Autodistração. Olhando para a distribuição dos itens pelos fatores, verifica-se que todos se agrupam num único fator, com exceção dos itens relativos à Autoculpabilização e ao Desinvestimento Comportamental, que se espalham por mais do que um fator. Mais do que no caso do Desinvestimento Comportamental, em que os itens saturam nos mesmos dois fatores e revelam inteligibilidade teórica, a dispersão dos itens da Autoculpabilização é deveras intrigante. Poderá essa dispersão aparentemente aleatória significar apenas uma inconsistência no comportamento do questionário com esta amostra? Ou poderá significar, mais do que isso, e teoricamente, que a autoculpabilização acompanha outras estratégias de *coping*? No capítulo da discussão dos resultados daremos conta desta possível argumentação. Por agora, e em síntese, enunciamos os fatores que emergiram desta análise (1) Busca de Apoio Social; (2) Confrontação positiva dos problemas; (3) Inversão Humorística; (4) Uso de Substâncias; (5) Religião; (6) Desligamento; (7) Aceitação/Resignação; (8) Expressão de Sentimentos; (9) Autodistração.

De uma maneira geral, a Brief COPE comportou-se, no nosso estudo, de maneira análoga e consistente com o seu comportamento fatorial noutros estudos que fizeram emergir os mesmos nove fatores. Assim, as semelhanças prendem-se quer com a distribuição dos fatores segundo o seu peso, quer com a sua definição. Com efeito, quer no nosso estudo quer nos dois estudos de referência (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004), os dois fatores que mais variância explicam são, em primeiro lugar, a Busca de Apoio Social e, em segundo lugar, o *Coping* Positivo ou Confrontação Positiva dos Problemas, como o apelidámos. Todos os outros fatores têm menor poder explicativo da variância conjunta (no nosso estudo, explicam menos de 10%), distribuindo-se de maneira muito semelhante, com duas diferenças, uma grande e

outra pequena. A *diferença grande* prende-se com a posição do terceiro fator, tanto no estudo de Carver, como no de Pais Ribeiro & Rodrigues, e que no nosso estudo surge apenas em *sexto* lugar (Fator 6), ou seja tem menor peso explicativo da variância que naqueles estudos aparenta possuir. A *diferença pequena* diz respeito à troca de *posição* imediata entre fatores que explicam menos variância; assim, por exemplo, se a Religião é o quinto fator no nosso estudo, ela é o quarto nos de Carver e de Pais Ribeiro & Rodrigues, bem como se a Expressão de Sentimentos no estudo de Pais Ribeiro & Rodrigues é o último fator, no nosso é o penúltimo.

A definição dos fatores no nosso estudo mostra que, genericamente, os itens se agrupam da mesma maneira que nos restantes estudos. Deste modo, os fatores revelados pela nossa análise são os mesmos fatores revelados pelos outros estudos, o que denota a consistência robusta desta escala. Os fatores que se repetem *exatamente* com a mesma constituição nos três estudos que temos vindo a confrontar são o Uso de Apoio Social, a Religião e o Uso de Substâncias; os fatores *exatamente* comuns a pelo menos um dos outros dois estudos são a Expressão de Sentimentos e a Autodistração (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; no estudo de Carver [1997] ambas as dimensões aparecem agrupadas num só fator). Poderíamos acrescentar ainda o fator Aceitação, se não considerássemos a saturação secundária do item 26, relativo à autoculpabilização, no nosso estudo.

As diferenças registadas não são significativas, e acabam por manter o mesmo núcleo teórico dos fatores encontrados. A principal diferença entre o presente estudo e os dois com que temos vindo a compará-lo, regista-se na constituição do Fator 3 que junta ao Humor a Reinterpretação Positiva (no estudo de Carver [1997], o Humor aparece isolado, e a Reinterpretação Positiva surge associada ao *Coping* Ativo; no seu artigo, Pais Ribeiro & Rodrigues [2004] não fazem referência à Reinterpretação Positiva). Outra diferença prende-se com o fator que junta a negação e a Autoculpabilização, que no nosso estudo agrega ainda o Desinvestimento Comportamental. O Fator Aceitação não é exatamente igual nos três estudos: no nosso, os seus dois itens não aparecem isolados (como no de Pais Ribeiro & Rodrigues), mas associados com o item 26 (saturação secundária), relativo à autoculpabilização, ao passo que no estudo de Carver o fator apenas inclui um item relativo à Aceitação. Por fim, o (nosso) segundo fator aparenta sintetizar a constituição do mesmo fator verificada nos outros dois estudos: mantém as mesmas escalas observadas no estudo de Pais Ribeiro & Rodrigues (*Coping* Ativo, Planeamento, Desinvestimento Comportamental), sendo que as duas primeiras se registam também no estudo de Carver, e acrescenta a dimensão apenas verificada por Carver, a Reinterpretação Positiva. Este autor encontrou ainda um item de Aceitação não verificado nem no nosso estudo nem no de Pais Ribeiro & Rodrigues, da mesma forma que nós fomos os únicos a encontrar um item de Autoculpabilização. Em síntese, no presente estudo observámos mais uma reprodução do comportamento, estrutura genérica e definição conceptual na análise fatorial da Brief COPE do que uma desconfirmação desses aspetos.

Num segundo momento analítico fixámos a extração de 14 fatores, numa tentativa de explorar a possível sobreposição com as dimensões teóricas do instrumento definidas pelo seu autor (Carver, 1997). A Tabela 5.8 apresenta esses resultados. Observou-se um acerto na distribuição estatística dos itens pelos mesmos fatores que a estrutura teórica do instrumento fazia definir, com exceção de um item, o 14 (da escala Planear). Os Fatores 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,

Tabela 5.8. Análise exploratória fatorial do Brief COPE para a amostra total, forçando 14 fatores

(KMO=.78; % cum=79.34%; n=2960)														
Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8	Fator 9	Fator 10	Fator 11	Fator 12	Fator 13	Fator 14
1									.905					
2												.925		
3						-.856								
4				.821										
5														-.885
6											.815			
7												.538		
8						-.846								
9								-.925						
10	.778													
11				.914										
12		-.799												
13										-.828				
14		-.424										.353		
15														-.758
16											.854			
17		-.783												
18			.898											
19									.744					
20							-.912							
21								-.904						
22					-.842									
23	.866													
24							-.711							
25													-.928	
26										-.766				
27					-.945									
28			0.897											
Valor-próprio	4.78	3.39	2.07	1.68	1.64	1.34	1.21	1.11	1.06	0.96	0.89	0.76	0.67	0.63
% variância	17.08	12.11	7.40	6.01	5.85	4.80	4.31	3.96	3.75	3.43	3.18	2.71	2.38	2.37
$\alpha$	.57	.59	.77	.82	.89	.75	.55	.64	.81	.63	.62	.60	.81	.80

10, 11 e 14 são constituídos pelos itens previstos teoricamente, combinados nas dimensões Utilizar Suporte Instrumental, Humor, Uso de Substâncias, Religião, Negação, Aceitação, Expressão de Sentimentos, Autodistração, Autoculpabilização, Desinvestimento Comportamental e Utilizar Suporte Social Emocional, respetivamente. O item 14 (*Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho de fazer*) não carregou no fator esperado, tendo saturado noutros dois fatores. Assim, o Fator 13 (Planear) ficou apenas com o item 25 (*Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação*), enquanto os Fatores 2 (Reinterpretação Positiva) e 12 (*Coping Ativo*) se viram acrescentados do item 14 relativo ao planeamento (com carga primária no Fator 2 [-.424] e secundária no Fator 12 [.353]). No capítulo da discussão dos resultados procuramos interpretar esta ocorrência. Por agora, a presente análise fatorial vem suportar a decisão de usar as dimensões teóricas da Brief COPE, e não os fatores extraídos estatisticamente, nas análises comparativas a realizar.

A consistência interna das subescalas do Brief COPE foi avaliada pelo Alfa de Cronbach, tendo-se os valores situados entre .55 e .89. Três das subescalas apresentaram valores ligeiramente abaixo do mínimo aceitável, mas ainda assim toleráveis: .57 (para a dimensão 1, *Coping Ativo*), .59 (dimensão 2, relativa ao Planeamento) e .55 (dimensão 7, Autoculpabilização). No estudo de Carver (1997), a amplitude destes valores foi maior, com o Alfa mais baixo a pontuar .50 (no limite do inaceitável) e o mais alto a valer .90. Os valores do Alfa de Cronbach são mais elevados em oito escalas do presente estudo, ao passo que no estudo de Carver o são em seis. A consistência interna das dimensões do Brief COPE encontrada no nosso estudo, em síntese, é comparável à das do estudo original.

## 5.2. Estudo descritivo das variáveis e da sua relação com indicadores sociodemográficos

O estudo das relações encontradas entre os atributos sociodemográficos e as restantes variáveis é de suma importância, na medida em que funciona como um meio de controlo não experimental sobre as relações observadas. Com efeito, uma forte dependência do índice de capacidade para o trabalho, do *coping* e dos fatores psicossociais do trabalho relativamente às condições sociodemográficas dos indivíduos (covariantes) poderá influenciar ulteriores associações entre as três primeiras variáveis.

Importa distinguir a informação relativa à profissão das demais características sociodemográficas, na medida em que o tipo de profissão dos participantes será assumido como variável de controlo. Neste sentido, apresentamos primeiramente os dados relativos às associações entre o sexo, estado civil, idade e anos de serviço, agrupando sexo ao estado civil e idade aos anos de serviço por uma questão de coerência decorrente da natureza das variáveis (as primeiras qualitativas, as segundas quantitativas). Destacamos depois os resultados da análise das relações das restantes variáveis com os grupos profissionais, autonomizando cada uma das três análises com subtítulos separados. Em simultâneo, damos conta também da distribuição (na amostra total, e nas duas populações amostrais de profissionais) dos resultados da capacidade para o trabalho e dos aspetos psicossociais do trabalho dos sujeitos, assim

como caracterizamos genérica e sucintamente o seu *coping*, por uma questão de coerência na organização da informação. Em termos práticos, podemos observar os resultados nos dois grandes grupos profissionais em paralelo com os mesmos na amostra total.

Foram calculados testes estatísticos para analisar a existência de diferenças significativas entre o sexo, estado civil, grupo profissional, idade e anos de serviço para os três instrumentos. Ao passo que no caso do ICT usámos o valor total, por se tratar de um índice, no caso do COPSOQ e do Brief COPE utilizámos as dimensões teóricas, e não os fatores estatísticos decorrentes das análises efetuadas. A primeira análise fatorial exploratória não suportou a divisão teórica do COPSOQ e a segunda sugeriu outra estrutura. Porém, tanto porque os autores do questionário optam por manter as dimensões teóricas, como porque a utilização das mesmas facilita possíveis comparações com outros estudos, julgámos mais acertada a sua utilização. Apesar de, na nossa opinião, os resultados do presente estudo suportarem a correspondência entre os fatores estatísticos e as dimensões teóricas do Brief COPE, optámos por usar estas últimas, não só por causa do comportamento *errático* do item 14, mas sobretudo porque a literatura assim trata e usa a escala, e dessa forma habilitamos os presentes resultados à comparação com outros estudos usando o mesmo instrumento.

Embora nos interessasse apenas o índice total da capacidade para o trabalho, calculámos também as médias (e outras estatísticas robustas) por dimensão, porque queríamos observar com maior rigor e precisão a segurança da medida e do instrumento. Como esses resultados não se relacionam com o objeto central deste estudo, remetemos a sua apresentação para a secção dos Anexos (Tabelas A.1 e A.2). Em todo o caso, e quando se justifica, aludimos aos mesmos no texto que se segue.

### 5.2.1. Sexo e estado civil

Os homens apresentam maior capacidade para o trabalho que as mulheres ( $p < .001$ ; Cf. Tabela 5.9). Os dados revelados pelo presente estudo estão em conformidade com a generalidade da literatura, que mostra que a capacidade para o trabalho é sempre maior nos homens (Silva, no prelo, a; Cotrim, 2011). As diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres não se verificam apenas ao nível do índice total, mas também em todas as dimensões do instrumento. Quando consideramos as dimensões do ICT isoladamente, verificamos que a tendência se mantém, com exceção da dimensão 6 (Prognóstico da capacidade para o trabalho nos próximos dois anos), na qual as mulheres pontuam mais alto. A tendência segundo a qual os resultados médios dos homens são sempre ligeiramente superiores aos das mulheres no ICT total mantém-se quer entre as profissões da saúde, quer entre os profissionais fora da saúde (Cf. Tabelas A.1 e A.2). Olhando dimensão a dimensão, registam-se diferenças, quer num grupo profissional, quer noutra. Entre os PS, a dimensão 2 (Capacidade para o trabalho relativamente às exigências do mesmo) apresenta substancial poder discriminativo entre homens e mulheres, na medida em que consegue distinguir, em cada profissão de saúde, diferenças estatísticas entre ambos. Nas restantes dimensões, e em termos gerais, observam-se resultados mistos; por vezes, os homens apresentam melhores resultados que as mulheres, noutras são as mulheres a registarem resultados mais elevados. Entre os profissionais não-



cuidadores, a única dimensão transversal a diferenciar o sexo é a 3 (Doenças presentes). Entre cada uma das quatro profissões exteriores à saúde consideradas, o ICT distingue homens e mulheres e apresenta resultados robustos.

Impõe-se uma observação relativa ao poder discriminante do ICT. As pontuações médias obtidas revelam-se muito idênticas e os 50 por cento dos valores mais centrais encontram-se muito próximos uns dos outros, ou seja, apresentam reduzida variabilidade interquartilica. Verifica-se ainda que a média se aproxima da mediana, o que poderá significar que a influência de *outliers* e extremos não é visível. Este dado reforça a ideia que os valores médios amostrais poderão ser usados como estimativas das populações. Reportando-nos às Tabelas A.1 e A.2 (Anexos), constatamos que o ICT geral é mais forte no grupo dos NPS, o que pode indicar que o instrumento é mais sensível a este tipo de trabalhadores mentais do que aos da saúde. Os valores apresentados pela população de técnicos executivos (médias mais elevadas no ICT geral) poderão ser devidos ao efeito de *outliners*.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível dos fatores psicossociais no trabalho. As mulheres registam mais exigências emocionais e Insegurança. Os homens afirmam possuir mais influência, compromisso com o trabalho, previsibilidade, recompensas (reconhecimento), clareza do papel, qualidade da liderança, apoio dos superiores, satisfação no trabalho, confiança nos superiores, confiança nos colegas, justiça, comunidade social no trabalho, autoeficácia, melhor saúde geral, sintomas de stresse, *burnout*, problemas em dormir e sintomas depressivos (Cf. Tabela 5.10; recorde-se que os valores mais altos se aproximam do 1, com exceção dos itens 40 e 41, referentes à confiança nos colegas). Regista-se uma aparente contradição nos resultados dos homens relativos à saúde, no sentido que tanto consideram possuir melhor saúde geral, como se julgam pior em todos os indicadores de saúde dessa dimensão.

O sexo não diferencia a escolha preponderante pelo *coping* ativo, planeamento, reinterpretção positiva e uso de substâncias; homens e mulheres parecem recorrer de igual modo a estas estratégias. Por outro lado, encontramos diferenças estatisticamente significativas atribuíveis ao sexo para as restantes dimensões do *coping*. Assim, os homens utilizam mais o humor que as mulheres, ao passo que as mulheres utilizam mais as restantes nove estratégias de *coping*: suporte instrumental, suporte emocional, religião, autoculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração e desinvestimento comportamental (Cf. Tabela 5.16).

No que respeita à capacidade para o trabalho, registam-se diferenças estatisticamente significativas atribuíveis ao estado civil (Cf. Tabela 5.9), quer ao nível do índice total, quer ao nível de algumas dimensões. Assim, os solteiros têm maior capacidade para o trabalho que os casados (e unidos de facto), e estes, por sua vez, maior que os viúvos (e separados e divorciados). Esta tendência mantém-se nas dimensões 3 (número de doenças), 5 (absentismo) e 6 (prognóstico da capacidade de trabalho), mas inverte-se na dimensão 7 (recursos psicológicos); aparentemente, os viúvos, separados e divorciados têm mais recursos psicológicos que os casados e unidos, e estes mais que os solteiros. De notar, contudo, que os valores das diferenças são muito pequenos (com exceção dos valores registados para a dimensão 3, são sempre

Tabela 5.9. Distribuição das dimensões do ICT na amostra total e por sexo, estado civil e grupo profissional

Dimensões	$\alpha$	Total (N=2960)	Sexo		Estado civil			Grupo Profissional	
			Masculino (n=1015)	Feminino (n=1945)	Solteiro (n=872)	Casado/União (n=1829)	Viú/Sep/Div (n=259)	Prof saúde (n=909)	Não Prof saúde (n=2051)
1	n.a.	7.9±1.4	7.9±1.4**	7.8±1.4**	7.8±1.4	7.9±1.5	8.0±1.4	7.8±1.5*	7.9±1.4*
2	.57	8.2±1.2	8.4±1.2*	8.1±1.2*	8.1±1.2	8.2±1.2	8.3±1.2	8.1±1.2**	8.2±1.2**
3	.76	4.6±2.1	4.9±2.0*	4.4±2.1*	4.9±2.0***	4.5±2.1***	4.1±2.2***	4.8±2.0*	4.5±2.1*
4	n.a.	5.5±0.8	5.6±0.7*	5.4±0.8*	5.5±0.7	5.5±0.8	5.4±0.8	5.4±0.8**	5.5±0.8**
5	n.a.	4.6±0.7	4.7±0.7*	4.6±0.7*	4.7±0.7***	4.6±0.7***	4.5±0.8***	4.6±0.7	4.6±0.7
6	n.a.	6.6±1.2	6.5±1.4*	6.7±1.1*	6.7±1.1***	6.6±1.2***	6.5±1.3***	6.7±1.1	6.6±1.2
7	.74	3.2±0.7	3.3±0.7*	3.1±0.7*	3.1±0.8***	3.2±0.7***	3.2±0.8***	3.1±0.7	3.2±0.7
Total	.60	40.7±4.8	41.5±4.8*	40.2±4.7*	40.9±4.5***	40.6±4.8***	40.1±5.1***	40.5±4.7	40.7±4.8

\* Teste t-student de amostras independentes:  $p$ -value<.001; Teste U de Mann Whitney:  $p$ -value<.05

\*\*Teste t-student de amostras independentes:  $p$ -value<.05; Teste U de Mann Whitney:  $p$ -value<.05

\*\*\* ANOVA de um fator amostras independentes:  $p$ -value<.05 (Teste da homogeneidade não é cumprido para as variáveis Dimensão 3; Dimensão 5 e Dimensão 6); Teste de Kruskal-Wallis:  $p$ -value<.05. Comparações múltiplas (método de Tukey).

Dimensões: 1: Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor; 2: Capacidade de trabalho relativamente às exigências da ocupação; 3: Número atual de doenças; 4: Estimativa do grau de incapacidade motivada por doenças; 5: Absentismo por doença no ano transato; 6: Prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos; 7: Recursos psicológicos.

Tabela 5.10. Distribuição das escalas do COPSOQ na amostra total e por sexo, estado civil e grupo profissional

Variáveis	Sexo			Estado civil			Grupo Profissional	
	Total (N=2960)	Masculino (n=952)	Feminino (n=1852)	Solteiro (n=872)	Casado/União (n=1829)	Viú/Sep/Div (n=259)	Prof saúde (n=869)	Não Prof saúde (n=1935)
Exig quantitativas	3.3±1.0	3.3±1.0	3.3±0.9	3.3±1.0	3.3±0.9	3.3±1.0	3.4±0.9*	3.3±1.0*
Ritmo trabalho	2.7±1.0	2.7±1.0	2.7±1.0	2.8±1.1	2.8±1.0	2.7±1.1	2.8±1.1	2.7±1.0
Exig cognitivas	2.1±0.7	2.0±0.7	2.1±0.7	2.1±0.7	2.1±0.7	2.1±0.7	2.0±0.7*	2.1±0.7*
Exig emocionais	2.2±1.1	2.4±1.1*	2.1±1.0*	2.2±1.1	2.2±1.1	2.3±1.0	1.8±0.9*	2.4±1.1*
Influência	2.8±0.9	2.5±0.9*	2.9±0.9*	3.0±0.9**	2.7±1.0**	2.8±0.9**	2.8±0.9	2.8±1.0
Possib desenvolv	2.0±0.8	1.9±0.8	2.0±0.8	2.0±0.8**	1.9±0.8**	2.0±0.8**	1.9±0.7*	2.0±0.8*
Significado	1.9±0.8	1.9±0.8	1.9±0.8	2.0±0.8	1.9±0.8	1.9±0.7	1.7±0.7*	2.0±0.8*
Compromisso	2.4±0.9	2.3±0.9*	2.4±0.9*	2.5±0.9**	2.3±0.9**	2.5±0.9**	2.3±0.8	2.4±0.9
Previsibilidade	2.7±1.0	2.6±0.9*	2.9±0.9*	2.8±0.9**	2.7±0.9**	2.7±1.0**	2.8±0.9	2.8±1.0
Recompensas	2.3±1.0	2.2±0.9*	2.4±1.0*	2.4±1.0**	2.2±0.9**	2.4±1.0**	2.4±1.0*	2.3±1.0*
Clareza do papel	2.0±0.9	1.9±0.9*	2.0±0.9*	2.0±0.9**	1.9±0.9**	2.0±0.9**	1.9±0.8	2.0±0.9
Conflitos papel	2.8±0.7	2.8±0.7	2.9±0.7	2.9±0.7**	2.8±0.7**	2.9±0.7**	2.9±0.7*	2.8±0.7*
Qualidade lider	2.8±1.1	2.7±1.1*	2.8±1.1*	2.9±1.1**	2.7±1.1**	2.8±1.2**	2.8±1.1*	2.7±1.1*
Apoio superiores	3.0±1.1	2.9±1.1*	3.0±1.1*	3.1±1.1**	3.0±1.1**	3.0±1.2**	3.1±1.1*	2.9±1.1*
Apoio colegas	2.6±0.9	2.6±0.9	2.6±0.9	2.6±0.8	2.6±0.9	2.6±0.9	2.5±0.8*	2.6±0.9*
Insegurança	2.9±1.4	3.0±1.4*	2.8±1.4*	2.8±1.4**	3.0±1.4**	3.0±1.5**	3.1±1.5*	2.8±1.4*
Satisfação	2.6±0.8	2.5±0.8*	2.7±0.8*	2.8±0.8**	2.6±0.8**	2.7±0.8**	2.7±0.8*	2.6±0.8*
Confl Trab/Fam	3.1±1.1	3.1±1.1	3.1±1.1	3.1±1.1	3.1±1.1	3.1±1.1	3.0±1.1	3.1±1.1
Confiança super	2.4±0.8	2.3±0.8*	2.4±0.8*	2.4±0.8**	2.3±0.8**	2.5±0.8**	2.4±0.7*	2.3±0.8*
Confiança colegas	3.4±0.9	3.5±0.9*	3.3±0.9*	3.4±0.9	3.4±0.9	3.3±0.8	3.4±0.8	3.4±0.9
Justiça	2.7±0.9	2.6±0.9*	2.8±0.9*	2.8±0.9**	2.7±0.9**	2.8±0.9**	2.7±0.8	2.7±0.9
Comunidade	2.1±0.9	2.0±0.9*	2.1±0.9*	2.1±0.9	2.1±0.9	2.2±1.0	2.1±0.9	2.1±0.9
Autoeficácia	2.2±0.7	2.1±0.7*	2.2±0.7*	2.3±0.7**	2.1±0.7**	2.2±0.7**	2.3±0.7*	2.1±0.7*
Saúde geral	2.4±0.9	2.3±0.9*	2.5±0.9*	2.3±0.9**	2.4±0.9**	2.5±1.0**	2.3±0.9*	2.4±0.9*
Stresse	3.1±0.9	3.3±1.0*	3.1±1.0*	3.1±1.0	3.2±0.9	3.1±0.9	3.2±1.0	3.1±1.0
Burnout	3.1±1.0	3.4±1.0*	2.9±1.0*	3.0±1.0**	3.1±1.0**	3.1±1.0**	3.0±1.0*	3.1±1.0*
Problem dormir	3.6±1.1	3.7±1.1*	3.5±1.1*	3.6±1.1**	3.6±1.1**	3.4±1.1**	3.7±1.1*	3.5±1.1*
Sint depressivos	3.5±1.0	3.6±1.0*	3.4±1.0*	3.4±1.1**	3.5±1.0**	3.4±1.1**	3.6±1.1*	3.5±1.0*
Bullying	4.8±0.5	4.8±0.5	4.8±0.4	4.7±0.5**	4.8±0.4**	4.8±0.5**	4.8±0.4	4.8±0.5

Os valores apresentados são da forma Média ± desvio-padrão. A linha tracejada delimita dimensões teóricas.

\* Teste t-student de amostras independentes: p-value<.05; Teste U de Mann-Whitney: p-value<.05

\*\* ANOVA de um fator amostras independentes: p-value<.05 (Teste de homogeneidade e Normalidade dos resíduos é cumprido, com as exceções Saúde Geral e Bullying); Teste de Kruskal-Wallis: p-value<.05

Tabela 5.11. Distribuição das dimensões do Brief COPE na amostra total e por sexo, estado civil e grupo profissional

Dimensões	$\alpha$	Total (N=2960)	Sexo		Estado civil			Grupo Profissional	
			Masculino (n=1015)	Feminino (n=1945)	Solteiro (n=872)	Casado/União (n=1829)	Viú/Sep/Div (n=259)	Profissionais de saúde (n=909)	Não Profissionais de saúde (n=2051)
1. Coping ativo	.57 ( $\alpha=.68$ )	2.2±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6	2.1±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6
2. Planear	.59 ( $\alpha=.73$ )	2.2±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6	2.1±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6
3. Utilizar suporte instrumental	.77 ( $\alpha=.64$ )	1.5±0.7	1.3±0.7*	1.6±0.7*	1.6±0.7**	1.4±0.7**	1.4±0.8**	1.6±0.7*	1.4±0.7*
4. Utilizar suporte social emocional	.82 ( $\alpha=.71$ )	1.4±0.8	1.1±0.7*	1.6±0.8*	1.5±0.8**	1.4±0.8**	1.3±0.8**	1.6±0.8*	1.3±0.8*
5. Religião	.89 ( $\alpha=.82$ )	0.7±0.8	0.6±0.8*	0.8±0.8*	0.7±0.8	0.7±0.8	0.7±0.8	0.8±0.8*	0.7±0.8*
6. Reinterpretação positiva	.75 ( $\alpha=.64$ )	1.9±0.7	1.9±0.7	1.9±0.7	1.8±0.7	1.9±0.7	1.9±0.7	1.8±0.7	1.9±0.7
7. Autoculpabilização	.55 ( $\alpha=.69$ )	1.2±0.6	1.1±0.6*	1.2±0.6*	1.2±0.6	1.2±0.6	1.2±0.7	1.2±0.6	1.2±0.7
8. Aceitação	.64 ( $\alpha=.57$ )	1.6±0.7	1.5±0.7*	1.6±0.7*	1.6±0.7	1.6±0.7	1.7±0.7	1.7±0.6*	1.6±0.7*
9. Expressão de sentimentos	.81 ( $\alpha=.50$ )	1.5±0.7	1.3±0.7*	1.6±0.7*	1.5±0.7	1.5±0.7	1.6±0.8	1.6±0.7*	1.4±0.7*
10. Negação	.63 ( $\alpha=.54$ )	0.6±0.6	0.5±0.6*	0.6±0.6*	0.5±0.6	0.6±0.7	0.6±0.7	0.5±0.6*	0.6±0.7*
11. Autodistração	.62 ( $\alpha=.71$ )	1.3±0.7	1.2±0.7*	1.3±0.7*	1.4±0.7**	1.2±0.7**	1.2±0.7**	1.3±0.7	1.3±0.7
12. Desinvestimento comportamental	.60 ( $\alpha=.65$ )	0.3±0.5	0.3±0.5*	0.4±0.5*	0.4±0.5**	0.3±0.5**	0.3±0.5**	0.3±0.5	0.3±0.5
13. Uso de substâncias (med./álcool)	.81 ( $\alpha=.90$ )	0.1±0.3	0.1±0.4	0.1±0.3	0.1±0.3	0.1±0.3	0.1±0.4	0.1±0.3	0.1±0.4
14. Humor	.80 ( $\alpha=.73$ )	1.3±0.7	1.3±0.7*	1.2±0.7*	1.3±0.7	1.3±0.7	1.3±0.7	1.3±0.7	1.3±0.7

Os valores apresentados são da forma Média  $\pm$  Desvio-Padrão. Os valores do Alfa de Cronbach entre parêntesis são do estudo de Carver (1997).

Viú/Sep/Div: Viúvo/Separado/Divorciado

\* Teste t-student de amostras independentes; p-value<.05; Teste U de Mann-Whitney; p-value<.05

\*\* ANOVA de um fator amostras independentes; p-value<.05 (Teste de homogeneidade e Normalidade dos resíduos é cumprido); Teste de Kruskal-Wallis; p-value<.05.

na ordem de uma décima), e que é de acreditar que só se manifestam estatisticamente significativos em função do grande tamanho da amostra.

Não se registam diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos de diferentes estados civis no que respeita à dimensão das exigências laborais. Com as restantes dimensões psicossociais do trabalho, verificam-se diferenças. Os casados (ou unidos de facto) têm trabalhos com melhor organização e conteúdo (com exceção do significado do trabalho, que não regista diferenças atribuíveis ao estado civil), melhores relações sociais e liderança (com exceção do apoio de colegas, sem diferenças entre as três classes consideradas), maior satisfação com o trabalho, mais confiança nos superiores, justiça e autoeficácia. Aparentemente, os casados e unidos de facto têm trabalhos com melhores condições psicossociais. A dimensão onde isso não se verifica é a saúde geral (melhor entre os solteiros). Os trabalhos com piores condições psicossociais pertencem aos solteiros, que possuem menos influência no trabalho, menos significado no trabalho, menos previsibilidade, líderes com menos qualidade, menos apoio dos superiores, mais insegurança no trabalho, menos satisfação, menos autoeficácia, mais *burnout* e são objeto de mais comportamentos ofensivos. Os viúvos, separados ou divorciados são os que confiam menos nos superiores e os que têm menos problemas em dormir (Cf. Tabela 5.11). Relativamente ao *coping*, o estado civil apenas diferencia quatro dimensões, com os solteiros a utilizarem mais que os casados ou unidos de facto e os viúvos, separados ou divorciados o suporte instrumental, o suporte emocional, a autodistração e o desinvestimento comportamental. Nas restantes dimensões do *coping* não se registaram diferenças estatisticamente significativas atribuíveis ao estado civil (Cf. Tabela 5.11).

### 5.2.2. Idade e anos de serviço

A idade e os anos de serviço não fazem variar de modo substancial qualquer das variáveis em estudo. Com efeito, ainda que se tenham encontrado correlações estatisticamente significativas entre a idade dos sujeitos e a sua experiência profissional, e a capacidade para o trabalho, os fatores psicossociais e o tipo de *coping*, elas são muito fracas, não se registando nenhum valor a atingir a casa dos .30. Como se pode atentar nas Tabela 5.12, 5.13 e 5.14, as correlações aproximam-se de zero, sendo que esse valor significa ausência de correlação. Além do mais, a grande maioria dos valores de correlação situa-se entre .1 e .2 (ou -.2 e -.1).

As dimensões da capacidade para o trabalho mais sensíveis à idade e aos anos de serviços são o número atual de doenças, e o prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos (que diminuem à medida que a idade e os anos de trabalho aumentam) e os recursos psicológicos (a fruição das atividades diárias, o sentir-se ativo e o otimismo aumentam com a idade e a experiência profissional). Os PS são o grupo onde se registam mais correlações entre a idade e os anos de serviço e as variáveis; além das identificadas, registam-se ainda associações com a capacidade de trabalho comparativamente com o seu melhor e em relação às exigências do trabalho, com os sujeitos mais velhos a mostrarem-se muito ligeiramente mais capazes. O ICT, contudo, só varia em função da idade e dos anos de serviço entre os NPS, diminuindo o primeiro à medida que aumentam os segundos. Destacamos novamente os valores reduzidos das

correlações, que parecem sugerir uma certa independência entre a idade e os anos de serviço e a capacidade para o trabalho (Cf. Tabela 5.12).

*Tabela 5.12. Correlação do ICT com idade e anos de serviço*

Dimensões	Total (N=2960)		Prof Saúde (n=909)		Não Prof Saúde (n=2051)	
	Idade	Anos de serviço	Idade	Anos de serviço	Idade	Anos de serviço
1			.107	.093		
2			.109	.096		
3	-.192	-.208	-.149	-.154	-.207	-.227
4						
5						
6	-.140	-.129	-.142	-.131	-.142	-.129
7	.143	.140	.148	.128	.133	.139
Total					-.097	-.106

*Apresentam-se apenas as correlações estatisticamente significativas.*

*Teste de Spearman Rank: p-value<.05.*

*Dimensões: 1: Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor; 2: Capacidade de trabalho relativamente às exigências da ocupação; 3: Número atual de doenças; 4: Estimativa do grau de incapacidade motivada por doenças; 5: Absentismo por doença no ano transato; 6: Prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos; 7: Recursos psicológicos.*

Os fatores psicossociais do trabalho que variam com a idade e os anos de serviço nas três populações amostrais consideradas são a Influência no Trabalho, Previsibilidade, Clareza do Papel, Insegurança no Trabalho, Autoeficácia, Saúde Geral e o *Burnout*, tal como se pode constatar na Tabela 5.13 (note-se que no questionário COPSQ, e para a quase totalidade dos itens, os valores mais altos da escala de resposta representam intensidades menores). Registam-se mais uma vez valores de correlação muito baixos, ainda que em três casos elas sejam superiores a .25 (na subamostra dos PS, a correlação entre Influência no Trabalho e Anos de Serviço, e as correlações entre Insegurança no Trabalho e Idade e Anos de Serviço); de uma maneira geral, a maneira como as pessoas descrevem o ambiente psicossocial do seu trabalho não é muito influenciada pela idade nem pelos anos de serviço. Em todo o caso, relatamos as associações estatisticamente significativas, tendo por referência os profissionais mais novos e mais inexperientes, por oposição aos mais velhos e com mais anos de trabalho. Os profissionais mais novos e com menos experiência profissional (1) têm menos influência no trabalho, (2) têm menos previsibilidade no trabalho (com exceção dos NPS, para quem a previsibilidade diminui com o aumento dos anos de serviço), (3) possuem papéis organizacionais menos claros, (4) sentem mais insegurança profissional, (5) consideram-se menos autoeficazes, (6) possuem melhor saúde geral mas (7) queixam-se de mais *burnout*. Olhando para os grupos profissionais, os da saúde que são mais novos e têm menos anos de serviço consideram (1) que o seu trabalho é menos exigente do ponto de vista cognitivo, (2) que têm menos possibilidades de desenvolvimento, (3) sentem-se menos comprometidos com o trabalho, (4) sentem-se menos recompensados pelo seu esforço, e (5) apresentam menor satisfação profissional. Os

NPS mais novos e com menos anos de serviço reconhecem menor significado no seu trabalho e apresentam níveis mais altos de stresse. Julgamos merecerem referência três dados adicionais. Em primeiro lugar, e como já acima referimos, há apenas uma correlação que contradiz a tendência das restantes correlações entre a idade e anos de serviço e o mesmo fator psicossocial,

Tabela 5.13. Correlação do COPSQ com a idade e anos de serviço

Dimensões Escalas	Total (N=2682)		Prof Saúde (n=826)		Não Prof Saúde (n=1856)	
	Idade	Anos de serviço	Idade	Anos de serviço	Idade	Anos de serviço
<b>Exigências laborais</b>						
Exigências quantitativas						
Ritmo de trabalho						
Exigências cognitivas			-.169	-.160		
Exigências emocionais						
<b>Org. e conteúdo do trabalho</b>						
Influência no trabalho	-.191	-.200	-.225	-.260	-.147	-.160
Poss. de desenvolvimento			-.107	-.108		
Significado do trabalho					-.121	-.115
Compromisso com trabalho			-.100	-.100		
<b>Relações sociais e liderança</b>						
Previsibilidade	-.122	-.121	-.140	-.121	-.105	.112
Recompensas (reconhec.)	-.114	.109	-.105	-.083		
Clareza do papel	-.157	-.148	-.109	-.087	-.204	-.197
Conflitos de papel						
Qualidade da liderança						
Apoio social de superiores						
Apoio social de colegas						
<b>Interface trabalho-indivíduo</b>						
Insegurança no trabalho	.129	.128	.268	.273	.107	.110
Satisfação no trabalho	-.110	-.106	-.153	-.141		
Conflito Trabalho/Família						
<b>Valores no trabalho</b>						
Confiança nos superiores						
Confiança nos colegas						
Justiça						
Comunidade social no trab.						
<b>Personalidade</b>						
Autoeficácia	-.144	-.138	-.146	-.127	-.108	-.116
<b>Saúde e bem-estar</b>						
Saúde geral	.148	.146	.118	.111	.155	.151
Stresse					.108	.094
<i>Burnout</i>	.137	.121	.123	.100	.128	.111
Problemas em dormir						
Sintomas depressivos						
<b>Comportamentos ofensivos</b>						
<i>Bullying</i>						

Apresentam-se apenas as correlações estatisticamente significativas.

Teste de Spearman Rank:  $p$ -value < .05

que é com a Previsibilidade – ela aumenta à medida que aumenta a idade, com exceção dos NPS, para quem a previsibilidade diminui à medida que aumentam os anos de serviço. Em segundo lugar, destacamos os dados aparentemente contraditórios entre o estatuto de saúde geral (que diminui à medida que aumenta a idade e os anos de trabalho) e os outros dois indicadores de saúde e bem-estar com os quais se verificou existirem correlações: o *burnout* é mais elevado nos mais jovens e com menos anos de serviço em todas as populações amostrais consideradas, e os sintomas de stresse são também mais fortes nos mais jovens e inexperientes profissionalmente entre os não cuidadores. Em terceiro lugar, os fatores psicossociais são mais sensíveis à (reduzida) influência da idade e dos anos de serviço entre os PS (mais do que entre os NPS e mais do que na amostra total).

No que se refere ao *coping*, apenas cinco dimensões apresentam correlações estatisticamente significativas com a idade e os anos de serviço, embora (novamente) fracas: Suporte Instrumental, Suporte Emocional, Autoculpabilização, Autodistração e Humor. A Procura de Apoio Social (quer Emocional, quer Instrumental) é a dimensão de *coping* que mais depende da idade e dos anos de serviço, uma vez que é a única transversal a todas as populações amostrais. Aparentemente, os profissionais mais jovens e com menos anos de serviço recorrem mais ao apoio social, assim como à autoculpabilização (PS) e à autodistração e ao humor (NPS). A totalidade dos sujeitos mais novos e mais inexperientes usam mais também a autodistração. Note-se, de novo, que não se trata de diferenças substanciais para com os profissionais mais velhos e mais experientes, uma vez que os valores das correlações são muito baixos, aproximando-se mais da ausência de correlação do que de uma correlação forte (para valores mais próximos do 1 ou -1), como se pode verificar na Tabela 5.14.

Tabela 5.14. Correlação da Brief COPE com idade e anos de serviço

Dimensões	Total (N=2960)		Prof Saúde (n=909)		Não Prof Saúde (n=2051)	
	Idade	Anos de serviço	Idade	Anos de serviço	Idade	Anos de serviço
CA						
P						
SI	-.198	-.216	-.207	-.224	-.150	-.169
SE	-.239	-.248	-.255	-.250	-.167	-.182
R						
RP						
AC			-.111	-.112		
A						
ES						
N						
AD	-.111	-.104			-.109	-.106
DC						
US						
H					-.108	-.103

Apresentam-se apenas as correlações estatisticamente significativas. Teste de Spearman Rank:  $p\text{-value} < .05$ .

SE: suporte emocional; SI: suporte instrumental; CA: coping ativo; DC: desinvestimento comportamental; RP: reinterpretação positiva; P: planeamento; AC: autoculpabilização; H: Humor; US: uso de substâncias; R: religião; N: negação; A: aceitação; ES: expressão de sentimentos; AD: autodistração.



Concluindo, registaram-se correlações estatisticamente significativas entre a idade e os anos de serviço e as variáveis em estudo, porém os valores observados, tão próximos da ausência de correlação, apontam para uma relativa independência entre a capacidade para o trabalho, o ambiente psicossocial do trabalho e o *coping* no trabalho e a idade e a experiência profissional dos indivíduos.

### 5.2.3. Profissão e capacidade para o trabalho

Nesta secção, apresentamos a distribuição dos dois grupos profissionais pelas quatro categorias do ICT. É de notar que os dois grupos profissionais apresentam, maioritariamente, boa capacidade para o trabalho (com médias situadas na ordem do 40; Cf. Tabela 5.15). Os resultados mostram mesmo que cerca de 80 por cento de ambos os grupos profissionais possuem boa ou excelente capacidade para o trabalho. Por outro lado, a distribuição do ICT nas populações amostrais estudadas seguiu *grossa modo* os valores de referência nacionais e internacionais. Relativamente aos valores nacionais, pode-se concluir que os profissionais de colarinho branco estudados por nós apresentam no geral melhor capacidade para o trabalho, na medida em que é maior a percentagem de profissionais com boa capacidade para o trabalho (51.4% na amostra em estudo, contra 44% a 46% na população portuguesa, considerando os dois sexos) e menor a proporção de profissionais com pobre capacidade para o trabalho (1.2%, contra 2% a 2.5% na população portuguesa). As percentagens de profissionais com excelente e moderada capacidade para o trabalho são equiparáveis às da população portuguesa: respetivamente 30.6% (30% a 36%) e 16.7% (16% a 24%) (Silva, no prelo,a).

Observando a Tabela 5.15, constatamos que os resultados se revelam muito homogéneos e a distinção entre as quatro categorias resulta clara, como se pode atestar pelos valores médios encontrados. Com efeito, regista-se sempre uma progressão nítida e distinta entre as médias (nota-se um *bom salto* entre elas). Os profissionais com pobre capacidade para o trabalho apresentam valores médios próximos do 27, que é o limite superior. Estes resultados parecem indicar que aqueles profissionais poderiam melhorar facilmente a sua capacidade para o trabalho, se uma adequada ajuda corretiva lhes fosse providenciada. Os valores médios dos profissionais com moderada capacidade para o trabalho situam-se acima do ponto central do intervalo, portanto mais próximos do limite superior (36). Tal como com os profissionais com capacidade pobre, também estes poderiam beneficiar de uma ajuda que facilmente lhes aumentaria a capacidade para o trabalho. Os profissionais com boa capacidade para o trabalho apresentam médias que se situam a meio do intervalo da categoria. Por fim, entre os profissionais com excelente capacidade para o trabalho registam-se valores médios próximos do limite inferior. Este dado poderá indicar que os profissionais verdadeiramente excelentes no que respeita à capacidade para o trabalho sejam poucos, como é estatisticamente expectável.

Olhando não apenas para a definição das categorias, mas também para os valores médios obtidos na nossa amostra, podemos concluir que a classificação do ICT nestas quatro categorias é adequada, segura e inteligível.

Tabela 5.15. Classificação do ICT por categorias em função das variáveis escolhidas

	Pobre (7-27)		Moderado (28-36)		Bom (37-43)		Excelente (44-49)	
	n (%)	M±DP	n (%)	M±DP	n (%)	M±DP	n (%)	M±DP
Sexo								
Feminino	24 (1.2)	25.3±1.7	374 (19.2)	33.7±2.2	1020 (52.4)	40.2±1.9*	527 (27.1)	45.6±1.5*
Masculino	13 (1.3)	24.5±2.3	121 (11.9)	33.4±2.6	503 (49.6)	40.5±1.9*	378 (37.2)	45.8±1.6*
Estado civil								
Solteiro	6 (0.6)	25.5±1.6	150 (16.1)	34.0±2.1	495 (53.1)	40.5±1.9	281 (30.2)	45.6±1.5
Casado/União	25 (1.3)	24.8±2.1	297 (16.2)	33.5±2.3	948 (51.8)	40.3±2.0	559 (30.6)	45.7±1.6
Viú/Sep/Div	6 (2.3)	25.5±1.8	48 (18.5)	33.2±2.6	140 (54.5)	40.4±1.9	65 (25.1)	45.8±1.4
Grupo profissional								
Prof. Saúde	12 (1.3)	25.3±1.7	160 (17.6)	33.6±2.2	481 (52.9)	40.4±1.9	256 (28.1)	45.5±1.5
Não Prof. Saúde	24 (1.1)	24.8±2.1	332 (11.4)	33.6±2.4	1034 (50.7)	40.3±1.9	649 (31.8)	45.7±1.6
Total	36 (1.2)	25.0±2.0	492 (16.7)	33.6±2.3	1515 (51.4)	40.3±1.9	902 (30.6)	45.7±1.5

*Viú/Sep/Div: Viúvo/Separado/Divorciado*

\* Teste t-student de amostras independentes: p-value<.05; Teste U de Mann-Whitney: p-value<.05

Ao nível deste índice, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre PS e NPS. Isto quer dizer que os profissionais de colarinho branco estudados apresentam níveis comparáveis de capacidade para o trabalho, quer trabalhem na área da saúde, quer fora dela (Cf. Tabela 5.9 e Tabela 5.15). Trata-se de um resultado tão interessante quanto útil, porquanto ao atestar a segurança da medida, sustenta a confiança nas comparações entre grupos profissionais a efetuar posteriormente para as variáveis psicossociais do trabalho e para o *coping*. No entanto, e tal como se pode observar na Tabela 5.9, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões 1, 2, 3 e 4 do ICT, com os PS a indicarem maior número de doenças (dimensão 3), e os NPS a avaliarem melhor a sua capacidade de trabalho atual (dimensão 1) e em função das exigências do trabalho (dimensão 2), bem como a estimarem menor incapacidade motivada por doenças (dimensão 4). Ainda que estes resultados sejam interessantes na indicação de diferenças específicas entre os dois grupos profissionais, mantemos como conclusiva a indistinção entre os grupos profissionais em termos de índice global, uma vez que será esse o critério de constituição de grupos nas comparações posteriores.

A verificação da inexistência de diferenças em termos de capacidade para o trabalho entre os dois grupos profissionais suscitou a curiosidade em ver se o mesmo sucederia no interior de cada grupo, no plano da comparação entre as profissões que os constituem. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os PS: os enfermeiros têm maior capacidade de trabalho que os restantes cuidadores. No entanto, esta diferença não é muito forte porque o *p-value* está próximo do valor admitido para o erro estatístico. Como se pode constatar na Tabela A.3 (Anexos), as diferenças são significativas mas não são marcadamente visíveis. Na análise do grupo dos profissionais de colarinho branco exteriores à área da saúde optámos por não contabilizar a subamostra dos outros não cuidadores nas análises estatísticas, dada a reduzida dimensão do grupo (N=15). A sua inclusão contribuiria para uma difícil interpretação dos resultados. Encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre as profissões exteriores à saúde. Recorrendo ao método de Tukey para comparações múltiplas (Cf. Tabela A.4; Anexos), podemos concluir que os dirigentes são os profissionais com maior capacidade para o trabalho ao passo que os administrativos são os com menor capacidade para o trabalho. Entre estes dois extremos, situam-se os técnicos executivos, que possuem mais capacidade que os administrativos, e os professores, que possuem menos capacidade que os dirigentes.

#### **5.2.4. Profissão e fatores psicossociais do trabalho**

De uma maneira geral, os sujeitos que compõem a amostra consideram que os seus trabalhos dispõem de boas condições psicossociais, como se pode verificar pelos valores extremos apresentados na Tabela 5.10, considerando os valores de corte sugeridos pelos autores da versão portuguesa, 2.33 e 3.66 (Silva, no prelo,b). Assim, a população estudada considera possuir grandes exigências cognitivas e emocionais, o que parece traduzir a natureza preponderantemente mental do seu trabalho. Contudo, estas são as únicas características psicossociais *negativas* que podem ser assumidas enquanto fatores de risco (tercil mais alto). Os profissionais estudados registam valores elevados para a possibilidade de desenvolvimento, significado do trabalho (é, aliás, a dimensão mais forte), recompensas e reconhecimento, cla-

reza do papel, comunidade social no trabalho e autoeficácia. Todas as restantes dimensões psicossociais do trabalho se encontram no tercil médio, com exceção do *bullying*, que é o único valor no tercil mais baixo (relembramos que os valores da Tabela 5.10 devem ser interpretados em sentido contrário, dada a direção invertida da escala de resposta). Comparando com os valores de referência para a população portuguesa (Silva, no prelo,b), verificamos que os fatores de menor risco são os mesmos, ao passo que no plano dos fatores de risco apenas há concordância nas exigências cognitivas: na amostra da população portuguesa, as exigências emocionais não configuram fatores de risco, ao contrário do que sucede na nossa amostra. Note-se, contudo, que a população portuguesa estudada para a determinação dos valores de referência não inclui apenas profissionais de trabalhos mentais, mas também de trabalhos físicos.

Observaram-se diferenças significativas entre as características psicossociais dos trabalhos mentais gerais e as características psicossociais daqueles especificamente da área da saúde. A principal diferença regista-se ao nível das exigências emocionais do trabalho, mais elevadas entre os PS (como seria de esperar, acrescente-se!). Com efeito, tal como se constata na Tabela 5.10, trata-se da diferença de maior amplitude registada em todas as comparações de médias efetuadas (0.6), não só entre os dois grandes grupos profissionais, mas inclusivamente entre sexo e estado civil (o que não se esperava era uma diferença tão clara e expressiva...). Os PS são ainda os que têm mais exigências cognitivas, mais possibilidade de desenvolvimento, encontram mais significado no seu trabalho, têm mais apoio de colegas, sentem mais insegurança no trabalho, têm melhor saúde geral e mais *burnout*. Os profissionais de colarinho branco que não trabalham na saúde sentem mais exigências quantitativas, sentem-se mais recompensados (e reconhecidos), têm mais conflitos de papel, mais qualidade na liderança, mais apoio dos superiores, mais satisfação com o trabalho, mais confiança nos superiores, mais autoeficácia, mais problemas em dormir e mais sintomas depressivos. As dimensões psicossociais onde não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grandes grupos profissionais são: Ritmo de Trabalho, Influência, Compromisso, Previsibilidade, Clareza do Papel, Conflito Trabalho/Família, Confiança nos Colegas, Justiça, Comunidade, Stresse (Sintomas) e Comportamentos Ofensivos.

O estudo das diferenças entre os dois grupos profissionais permite-nos já diferenciar os seus ambientes psicossociais de trabalho, no entanto desejávamos compreender melhor as idiosincrasias (se as houvesse) de cada um. Nesse sentido, e para tentar caracterizar melhor os ambientes psicossociais dos dois grupos profissionais, efetuámos uma análise fatorial exploratória dos resultados da COPSOQ em cada uma das duas subamostras. Ambas as análises foram previamente validadas pelos testes da esfericidade de Bartlett ( $p\text{-value} < .05$ ) e de KMO tendo-se observado neste último valores de .980 (subamostra dos PS) e de .910 (subamostra dos NPS). Fixou-se a extração de oito fatores (tal como havíamos optado aquando da análise da validade de constructo e da consistência interna, uma vez que a estrutura teórica do questionário é octodimensional), através do método de componentes principais, seguido de rotação *Varimax* com normalização Kaiser, com aceitação de saturações superiores a .30. Não foram contabilizados todos os sujeitos em estudo devido à existência de *missing values*, tal como referimos já anteriormente. Os resultados das duas análises encontram-se registados nas tabelas A.5 e A.6, na secção dos Anexos. Optámos por compilar as configurações fatoriais resultantes dos mesmos, e confrontá-las com aquelas obtidas para a amostra total, na Tabela

5.16, por uma questão de racionalidade na organização da informação. Na descrição seguinte apelaremos aos detalhes estatísticos, remetendo o leitor para as tabelas nos Anexos, sempre que se justificar, ainda que o nosso maior interesse resida na caracterização conceptual da natureza e organização dos fatores psicossociais em cada grupo profissional.

*Tabela 5.16. Constituição fatorial do COPSOQ na amostra total e nos grupos profissionais*

Fator	Amostra total	Profissionais de saúde	Não profissionais de saúde
1	Previsibilidade Recompensas (reconhec.) Clareza do papel Qualidade da liderança Apoio social superiores Satisfação no trabalho Confiança nos superiores Justiça Autoeficácia	Influência no trabalho Previsibilidade Recompensas (reconhec.) Clareza do papel Qualidade da liderança Apoio social superiores Satisfação no trabalho Confiança nos superiores Justiça Autoeficácia	Previsibilidade Recompensas (reconhec.) Clareza do papel Qualidade da liderança Apoio social superiores Satisfação no trabalho Confiança nos superiores Justiça Autoeficácia
2	Stresse <i>Burnout</i> Problemas em dormir Sintomas depressivos	Saúde geral Stresse <i>Burnout</i> Problemas em dormir Sintomas depressivos	Saúde geral Stresse <i>Burnout</i> Problemas em dormir Sintomas depressivos
3	Exigências cognitivas Exigências emocionais Influência no trabalho Possib. desenvolvimento	Exigências quantitativas Ritmo de trabalho Conflitos de papel Conflito trabalho/família	Exigências cognitivas Exigências emocionais Influência no trabalho Possib. desenvolvimento
4	Exigências quantitativas Ritmo de trabalho Conflito trabalho/família	Exigências cognitivas Exigências emocionais Possib. desenvolvimento	Exigências quantitativas Ritmo de trabalho Conflito trabalho/família
5	Significado do trabalho Compromisso com trabalho	Significado do trabalho Compromisso com trabalho	Apoio social dos colegas Comunidade social no trab.
6	Apoio social dos colegas Comunidade social no trab. Confiança nos colegas	Apoio social dos colegas Comunidade social no trab.	Confiança nos colegas Conflitos de papel
7	<i>Bullying</i>	<i>Bullying</i> Confiança nos colegas	<i>Bullying</i>
8	Insegurança no trabalho Conflitos de papel Saúde geral	Insegurança no trabalho	Insegurança no trabalho Significado do trabalho Compromisso com trabalho

Uma primeira constatação prende-se com a grande consistência conceptual dos fatores, os quais mantêm *grosso modo* a sua configuração nas três subamostras consideradas. Além disso, regista-se igualmente uma grande semelhança no comportamento fatorial do questionário entre as subamostras, dando a entender haver mais semelhanças que diferenças estruturais no ambiente psicossocial por ele medido nas populações amostrais analisadas. Julgamos que este dado reflete a natureza mental das ocupações profissionais em estudo. Para a comparação dos três ambientes psicossociais socorremo-nos das denominações que propusemos aquando do estudo da validade de constructo e da consistência interna deste questionário.

O Fator 1 é o mais complexo e apresenta elevada estabilidade transversal às duas populações amostrais em confronto. Ele agrega as dimensões que designámos por Segurança Psicológica no Trabalho (com exclusão da dimensão Insegurança no Trabalho), duas dimensões relativas à liderança (Qualidade da Liderança e Apoio Social dos Superiores), a Clareza do Papel, a Satisfação no Trabalho e Personalidade (Autoeficácia). Poderá ser intrigante que a análise tenha excluído a dimensão Insegurança no Trabalho da macrodimensão Segurança Psicológica no Trabalho. Antes de mais, importa lembrar que esta denominação por nós proposta resultou de critérios de análise diferentes, que passaram pela não fixação do número de fatores a extrair. No caso presente, a exclusão da Insegurança no Trabalho (que se alojou em ambas as subamostras no Fator 8) parece fazer sentido, já que todas as outras dimensões são conceptualmente contrárias. Aparentemente, os PS distinguem-se dos NPS pela inclusão da dimensão Influência no Trabalho. Esta dimensão, porém, carrega também no Fator 8 (com carga negativa) com valores de saturação idênticos (respetivamente, .380 e -.378; Cf. Tabela A.5). A associação da influência no trabalho às restantes dimensões deste fator poderá indicar que do ponto de vista psicossocial o trabalho dos cuidadores *convoca* a sua influência, mais do que acontece nos NPS. Esta interpretação pode fazer sentido se considerarmos que o trabalho dos primeiros se processa sobretudo na relação interpessoal com as pessoas que são o objeto do seu trabalho, o que apela à sua maior influência na forma como o desempenham.

Aparentemente, não há diferenças ao nível da estrutura da saúde e bem-estar entre os dois grupos profissionais. Com efeito, o Fator 2 mantém-se idêntico, quer na sua natureza, quer no seu peso. Nos PS, porém, o *burnout* satura igualmente no terceiro fator (ainda que com peso menor: .346 contra os .634 que nos fizeram optar pela sua inclusão no Fator 2); abordaremos adiante esta saturação secundária.

O fator que designámos de Desafios Psicológicos do Trabalho surge isolado e com menos poder de explicação da variância nos PS (Fator 4) que nos NPS (Fator 3), onde se junta à Influência no Trabalho. No caso destes profissionais, a influência no trabalho parece dirigir-se mais às exigências psicológicas do trabalho, enquanto (como acima adiantámos) nos PS se parece ancorar mais na própria *natureza* do trabalho, que exige maior envolvimento pessoal destes técnicos. De registar, justamente, que a Influência no Trabalho carrega secundariamente no fator entre os PS, assim como a Clareza do Papel. No caso dos NPS, registam-se três saturações secundárias: Significado do Trabalho e Compromisso com o Trabalho (por nós designado Sentido do Trabalho) e Clareza do Papel.

A Carga de Trabalho surge associada ao Conflito Trabalho/Família e possui menor poder explicativo entre os NPS (Fator 4) que entre os cuidadores (Fator 3), onde se associa também aos Conflitos de Papel. Este dado parece indicar que ambos os grupos profissionais associam a carga de trabalho à maior dificuldade em articular as exigências laborais com as exigências familiares, e que no caso dos profissionais de saúde isso parece ser agravado pela existência de conflitos de papéis (e, portanto, de menor clareza e transparência dos papéis organizacionais). Relembramos que na amostra dos PS a dimensão de *burnout* apresenta carga secundária neste fator, o que poderá indicar que esta consequência do stresse ocupacional se encontra intimamente associada à (sobre)carga de trabalho e (à existência) de conflitos de papel, nas profissões da saúde.

O Sentido do Trabalho (significado e compromisso) é o Fator 5 para os PS, enquanto para os NPS ele surge como macrodimensão com menos poder explicativo (Fator 8), e associada à Insegurança no Trabalho. O Sentido do Trabalho parece ser, assim, diferente para os dois grupos profissionais. Para quem não trabalha na saúde, o sentido do trabalho aparenta depender da insegurança profissional. Para os PS, o sentido do trabalho parece revelar-se uma dimensão unitária; no entanto, o fator recebe ainda uma saturação secundária da dimensão Satisfação no Trabalho, dado que parece sugerir direções opostas no significado do sentido do trabalho para os dois grupos profissionais.

O Fator Solidariedade no Trabalho mantém a mesma estrutura numa e noutra subamostra, ainda que com maior peso na dos NPS (Fator 5). Neste caso, registam-se duas saturações secundárias, das dimensões Apoio Social dos Colegas e Confiança nos Colegas, o que concorre para a unidade conceptual do fator. Entre os PS, a Solidariedade no Trabalho é o Fator 6, para o qual também concorre secundariamente o Apoio Social dos Superiores. Este facto parece indicar uma maior proximidade entre os superiores e subordinados nos trabalhos da saúde, por comparação com as ocupações fora da saúde.

O fator 6 nos NPS é composto pela Confiança nos Colegas e pelos Conflitos de Papel (relembramos que para os PS os Conflitos de Papel se associam à Carga de Trabalho). Para os PS, a Confiança nos Colegas e os Comportamentos Ofensivos partilham o mesmo fator latente (Fator 7), registando-se ainda saturações secundárias dos Conflitos de Papel, da Confiança nos Superiores e da Comunidade Social no Trabalho. No caso dos NPS, os Comportamentos Ofensivos surgem isolados no Fator 7. É interessante notar esta diferença considerável entre os dois grupos profissionais: para quem trabalha fora da área da saúde, o *bullying* é uma realidade aparentemente independente de outros aspetos psicossociais do trabalho, ao passo que para quem trabalha na saúde o *bullying* é multidimensional, estando associado quer a colegas, quer a superiores, e aos conflitos de papel. Pensamos que este dado pode revelar duas realidades não necessariamente exclusivas entre si: ou os PS são mais sensíveis, assumindo como ofensivos comportamentos que poderão não possuir essa intenção, ou os comportamentos ofensivos na área da saúde são mais *corriqueiros*, no sentido de parecerem mais facilmente despoleáveis.

Por fim, regista-se mais uma diferença substancial ao nível da Insegurança no Trabalho (alojada no Fator 8 em ambas as subamostras). Como acima referimos, os NPS associam-na ao Sentido do Trabalho. Para os PS, a Insegurança no Trabalho aparenta ser uma dimensão inde-

pendente de qualquer outra, ainda que a Influência no Trabalho e a Saúde Geral registem saturações secundárias nesse fator. Nos primeiros, a Insegurança parece associar-se ao Significado e Compromisso com o Trabalho, ao passo que nos segundos poderá estar associada ao grau de influência que detêm sobre o seu trabalho, que é algo que podemos entender como central nas ocupações da saúde, até porque a dimensão da saúde geral parece dela depender.

### 5.2.5. Profissão e *coping*

A análise das médias das subescalas registadas na amostra permite-nos verificar que os tipos de *coping* mais utilizados são o *coping* ativo, o planeamento e a reinterpretação positiva (considerando os valores dentro do último intervalo pontuável na escala, que é entre o 2 e o 3, e o mais próximo, como é o caso da Reinterpretação Positiva, que é de 1.9). As estratégias de *coping* menos usadas são o recurso a remédios ou álcool (uso de substâncias), o desinvestimento comportamental, a negação e a religião (tendo por critério os valores inferiores a 1, situados, portanto, no primeiro intervalo pontuável da escala de resposta). A Tabela 5.11 apresenta estes resultados.

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre PS e NPS para o *Coping* Ativo, Planeamento, Reinterpretação Positiva, Autoculpabilização, Autodistração, Desinvestimento Comportamental, Uso de Substâncias e Humor. As diferenças ao nível do *coping* utilizado relacionadas com os grupos profissionais encontram-se na Negação, mais utilizada pelos profissionais que não trabalham na saúde, e no recurso ao Suporte Instrumental, ao Suporte Emocional, à Religião, à Aceitação e à Expressão de Sentimentos, presente com maior intensidade entre os cuidadores (Cf. Tabela 5.11).

Por forma a melhor compreender a estrutura do *coping* nos dois grupos de profissionais, procurámos identificar os possíveis fatores comuns latentes a diferentes dimensões do *coping*, recorrendo à análise fatorial exploratória. As análises foram previamente validadas pelos testes de Bartlett ( $p\text{-value} < .05$ ) e de KMO, tendo-se observado neste último valores de .767 na subamostra dos PS e .779 na dos NPS. Os fatores foram extraídos através do método de componentes principais, seguido de rotação *direct oblimin*, com aceitação de saturações superiores a .30. Ambas as análises resultaram em soluções de nove fatores tal como sucedeu nos estudos de referência (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Os resultados encontram-se registados nas Tabelas A.7 e A.8 (Cf. Anexos). Nesta secção, e para efeitos de comparação e referência, apresentamos apenas as configurações de cada fator encontrado em cada subamostra, indicando igualmente a solução encontrada para a amostra total. Sintetizamos esta informação na Tabela 5.17, e sempre que justificável reportamo-nos a dados constantes das Tabelas A.7 e A.8, sobretudo aqueles referentes a saturações secundárias. Utilizamos ainda as denominações que propusemos aquando da análise fatorial da amostra total para efeitos de verificação da validade de constructo e da consistência interna do questionário.

Registam-se cinco diferenças fundamentais na estrutura do *coping* dos dois grupos profissionais. Aparte essas diferenças, o *coping* de ambos os grupos profissionais revela-se idêntico. Com efeito, os nove fatores mostram-se muito semelhantes nas três populações



Tabela 5.17. Constituição fatorial do Brief COPE na amostra total e nos grupos profissionais

Fator	Amostra total	Profissionais de saúde	Não profissionais de saúde
1	Suporte emocional Suporte instrumental	Suporte emocional Suporte instrumental	Suporte emocional Suporte instrumental
2	<i>Coping</i> ativo Reinterpretação positiva Planeamento Desinvest. comport. Autoculpabilização (item 13)	<i>Coping</i> ativo Planeamento Desinvest. comport.	Negação Desinvest. comport.
3	Humor Autoculpabilização (item 26)	Humor Reinterpretação positiva	Humor Autoculpabilização (item 26)
4	Uso de substâncias	Uso de substâncias	<i>Coping</i> ativo Reinterpretação positiva Planeamento Autoculpabilização (item 13)
5	Religião	Religião	Religião
6	Negação Desinvest. comport. (item 16)	Negação	Uso de substâncias
7	Aceitação	Expressão de sentimentos	Aceitação
8	Expressão de sentimentos	Autodistração	Expressão de sentimentos
9	Autodistração	Autoculpabilização Aceitação	Autodistração

amostrais (considerando ainda a amostra total), embora se registem variações que interessa observar, quer na definição de alguns fatores, quer na *importância* de outros. Começemos por observar as semelhanças, para depois nos determos nas diferenças.

Comparando os dois grupos de profissionais, constata-se que cinco fatores mantêm a sua constituição estrutural: a Procura de Apoio Social (aquele que agrupa as duas dimensões de Uso de Apoio Social Instrumental e Emocional, e que é simultaneamente o *mais forte* em termos de variância explicada e um dos mais consistentes), e os fatores Uso de Substâncias, Religião, Expressão de Sentimentos e Autodistração. Estes últimos apresentam também grande estabilidade ao longo dos três grupos amostrais considerados (total, PS, NPS), quer ao nível da consistência interna, quer ao nível da variância explicada. Destaque-se a exata concordância entre as três populações amostrais em termos do Uso de Apoio Social e do recurso à Religião, quer na estrutura, quer no *peso* fatorial.

A primeira grande diferença ao nível do *coping* nos dois grupos profissionais prende-se com o fator mais complexo a emergir nas análises fatoriais efetuadas (sobretudo, na referente à amostra total; Cf. Fator 2) e que integra a dimensão que designámos por Confrontação Positiva dos Problemas. Quer em termos de configuração estrutural, quer no que respeita ao *peso*

com que explica a variância observada, a Confrontação Positiva dos Problemas diferencia os dois grupos. No caso dos PS, ela perde a dimensão da Reinterpretação Positiva (e o item 13 da Autoculpabilização, registado na amostra total), ainda que ambos os seus itens carreguem com saturação secundária no fator (Cf. Tabela A.7), e o Desinvestimento Comportamental mantém sinal contrário às demais dimensões, o que parece reforçar o movimento de confrontação positiva do stresse subentendido neste fator latente. No caso dos NPS, a Confrontação Positiva dos Problemas perde a dimensão do Desinvestimento Comportamental, mas não o item 13 da Autoculpabilização, registado na amostra total (Cf. Tabela A.8). Em termos de *importância* relativa, a Confrontação Positiva dos Problemas entre os PS (Fator 2) assume maior relevo, ao explicar maior quantidade de variância (12.36%), ao passo que entre os NPS ela aparenta possuir metade do *peso* registado nos primeiros, explicando apenas 6.03% da variância observada. Esta *desqualificação do poder* da Confrontação Positiva dos Problemas entre os NPS (inclusive no confronto com os resultados da amostra total, como se pode constatar na Tabela 5.17) é uma das mais interessantes distinções entre os dois tipos de profissionais, a par da segunda grande diferença observada.

A segunda grande diferença regista-se na estrutura e peso da Negação. O *coping* dos PS integra a Negação como sexto fator (explicando 4.63% da variância), ao passo que ela se revela o segundo fator entre os NPS (sendo responsável por 12.05% da variância observada). Ao contrário do que acontece com os primeiros, para quem a Negação é independente de outras dimensões do *coping*, a Negação entre os segundos associa-se ao Desinvestimento Comportamental e recebe ainda a Autoculpabilização em saturação secundária (Cf. Tabela A.8). Esta dupla diferença parece indicar, com alguma segurança, que a negação é mais forte e determinante no *coping* dos NPS, porquanto aparenta refletir um efetivo desligamento das transações de stresse, enquanto no caso dos PS poderá traduzir muito mais um *corte mental*.

A estrutura fatorial referente ao Humor representa a terceira diferença entre os dois grupos profissionais. O humor associa-se à Reinterpretação Positiva nos PS, ao passo que nos outros profissionais se associa à Autoculpabilização (item 26). Note-se que o item 26 da Autoculpabilização também satura secundariamente no fator relativo aos PS. Deste modo, a principal diferença parece residir na associação do Humor à Reinterpretação Positiva entre os PS. Julgamos que este dado poderá traduzir um uso diferente do humor neste tipo de profissionais, por comparação com aqueles que laboram fora da área da saúde, o que concomitantemente significa que esta dimensão do *coping* pode assumir diferentes significados (conceituais e operacionais), como debateremos na secção da discussão dos resultados.

Observamos uma quarta diferença ao nível das estratégias de *coping* entre os dois grupos profissionais na dimensão da Aceitação. Nos PS, a Aceitação é o último fator enquanto para os NPS ela é o sétimo fator, ainda que a percentagem de variância explicada nos dois grupos seja muito semelhante (respetivamente, 3.68% e 4.36%). A diferença essencial prende-se com a estrutura dos fatores, com a Aceitação dos PS a ser mais complexa que a dos NPS (para quem ela é independente de outras dimensões de *coping*). Quando aceitam, os PS sentem-se também culpados, o que consubstancia um *coping* de Resignação, tal como o designámos anteriormente (Cf. ponto 5.1.3). Este sentido de resignação (mais do que aceitação) parece ser reforçado pelo aparente carácter de desistência intencional deste tipo de *coping* entre os PS, dadas as saturações secundárias do item 16, relativo ao Desinvestimento Comporta-

mental, e do item 25, relativo ao Planeamento (Cf. Tabela A.7). Assim, parece ser possível concluir que enquanto os não profissionais da saúde aceitam, os cuidadores se resignam.

Por fim, regista-se como quinta diferença uma *despromoção* (em termos de variância explicada) do Uso de Substâncias, da Expressão de Sentimentos e da Autodistração no grupo dos NPS, no qual ocupam posições inferiores àquelas verificadas no grupo dos PS. Esta diferença no *peso* destes fatores de *coping* parece ser mais significativa no Uso de Substâncias, que é o Fator 4 nos PS e o Fator 6 entre os NPS.

### 5.3. Estudo das associações entre variáveis independentes e variáveis dependentes

#### 5.3.1. Estudo da relação entre o *coping* e o índice de capacidade para o trabalho

O estudo da relação entre o *coping*, avaliado pelo Brief COPE, e a saúde no trabalho, medida pelo ICT, é o aspeto investigacional central deste trabalho. Com efeito, é ele que nos permitirá, ou não, recusar a hipótese nula e confirmar a alternativa. Para analisar esta relação, calculámos as diferenças estatisticamente significativas entre as quatro categorias do ICT e as 14 dimensões do Brief COPE (relembramos que usámos os fatores teoricamente definidos, e não os estatisticamente derivados, apesar da correspondência entre ambos; Cf. ponto 5.2.2.), cujos resultados se apresentam na Tabela 5.18. Note-se que abordamos primeiramente os resultados na população total de trabalhadores mentais, e só depois nos detemos na análise dos mesmos relativos às subamostras de PS e de NPS.

Como se pode verificar, existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias extremas de capacidade para o trabalho, no que respeita ao *coping* utilizado. Os resultados mostram que os profissionais com excelente capacidade para o trabalho usam estratégias de *coping* diferentes dos seus colegas com pobre (ou moderada) capacidade para o trabalho. Os resultados, portanto, confirmam a hipótese de pesquisa alternativa: há diferenças significativas entre o *coping* dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho e o *coping* daqueles com menor capacidade para o trabalho.

A observação da comparação das médias permite-nos ainda estabelecer duas conclusões, uma relativa à qualidade dos resultados, e outra acerca do significado dos mesmos. Os resultados aparentam ser bastante consistentes, uma vez que a distribuição das médias é sempre *em escadinha*, isto é, em todas as dimensões do *coping* observa-se ou um crescendo ou uma diminuição constante das médias ao longo das quatro categorias do ICT. Com efeito, contacta-se que os extremos nunca se tocam (as classes de ICT extremas registam sempre os valores extremos de médias de *coping*) e as classes intermédias nunca registam valores extremos de *coping* (ou seja, podemos dizer que todas as categorias de ICT se encontram nas posições que supostamente deveriam ocupar: o ICT pobre abaixo do moderado, este último abaixo do bom, e este, por sua vez, abaixo do excelente). Além disso, não se registam quaisquer trocas entre as classes do ICT (por ex., o ICT pobre nunca apresenta médias de *coping* superiores

ao ICT moderado), muito embora se verifiquem valores iguais entre duas classes de ICT imediatamente seguidas (julgamos que estes *empates* entre médias podem ser vistos como naturais). Por fim, é importante referir que o tamanho da categoria de ICT pobre ( $n=37$ ) poderá ter enviesado alguns resultados, em virtude da sua reduzida dimensão. Em todo o caso, o *coping* é usado de maneira sempre diferente ao longo das quatro categorias do ICT, pelo que pensamos ser adequado concluir pela segurança dos resultados.

*Tabela 5.18. Distribuição das dimensões do Brief COPE pelas quatro categorias do ICT na amostra total*

Dimensões	ICT*				Comparações múltiplas
	Pobre ( $n=37$ )	Moderado ( $n=495$ )	Bom ( $n=1523$ )	Excelente ( $n=905$ )	
1. CA	1.9±0.7	2.0±0.6	2.1±0.6	2.3±0.6	P=M; M=B; B=E
2. P	2.1±0.7	2.1±0.6	2.2±0.6	2.3±0.6	P=M=B; M=B=E
3. SI	1.6±0.8	1.5±0.8	1.5±0.7	1.4±0.7	P=M=B; M=B=E
4. SE	1.6±0.9	1.5±0.8	1.5±0.8	1.3±0.8	P=M=B; M=B=E
5. R	1.1±1.0	0.8±0.8	0.7±0.8	0.7±0.8	P; M=B=E
6. RP	1.4±0.6	1.7±0.7	1.8±0.7	2.0±0.7	P; M=B; B=E
7. AC	1.4±0.9	1.3±0.7	1.2±0.6	1.1±0.6	P=M=B; B=E
8. A	1.5±0.6	1.5±0.6	1.6±0.7	1.7±0.7	P=M=B; M=B=E
9. ES	1.8±0.8	1.5±0.7	1.5±0.7	1.4±0.7	P; M=B=E
10. N	1.1±0.8	0.7±0.7	0.6±0.6	0.4±0.6	P; M=B; B=E
11. AD	1.5±0.9	1.4±0.7	1.3±0.7	1.2±0.8	P=M; M=B=E
12. DC	0.7±0.6	0.5±0.6	0.3±0.5	0.2±0.4	P; M; B=E
13. US	0.3±0.8	0.2±0.5	0.1±0.3	0.0±0.2	P; M; B=E
14. H	0.9±0.6	1.1±0.7	1.3±0.7	1.4±0.7	P=M; M=B=E

Os valores apresentados são da forma Média ± Desvio-Padrão.

CA: coping ativo; P: planeamento; SI: suporte instrumental; SE: suporte emocional; R: religião; RP: reinterpretação positiva; AC: autculpabilização; A: aceitação; ES: expressão de sentimentos; N: negação; AD: autodistração; DC: desinvestimento comportamental; US: uso de substâncias (medicamento/álcool); H: humor.

P: pobre; M: moderado; B: bom; E: excelente.

\* Todas as dimensões são estatisticamente significativas: ANOVA de um fator para amostras independentes:  $p$ -value<.05 (Teste da homogeneidade não é cumprido); Teste de Kruskal-Wallis:  $p$ -value<.05. Comparações múltiplas (método de Tukey): Existem diferenças estatísticas entre os grupos P e/ou M com o grupo E:  $p$ -value<.05.

Os resultados indicam que a capacidade para o trabalho diferencia o *coping* utilizado. Isto significa que, muito embora estes resultados não permitam caracterizar claramente o perfil de *coping* para cada categoria de ICT (o que procuraremos estudar adiante, recorrendo a outro método), eles demonstram – claramente – uma tendência no uso do *coping*.

Assim, à medida que a capacidade para o trabalho aumenta, aumenta também o recurso a (1) *coping* ativo, (2) planeamento, (3) reinterpretação positiva, (4) aceitação e (5) humor. Por seu lado, à medida que a capacidade para o trabalho diminui, aumenta o recurso a (1) suporte instrumental, (2) suporte emocional, (3) religião, (4) autculpabilização, (5) expressão de sentimentos, (6) negação, (7) autodistração, (8) desinvestimento comportamental e (9) uso de substâncias. Este padrão no uso dos dois grupos de dimensões de *coping* é estável e evidente, e representa, a nosso ver, um dos resultados mais seguros desta análise. Com base

neste resultado e na designação dos grupos de ICT mais representativos, podemos ensaiar uma distinção classificativa entre o *bom coping* e o *coping pobre*.

O bom *coping* integra apenas dimensões adaptativas do *coping*. Em concreto, das oito escalas consideradas adaptativas, o bom *coping* revelado pelo nosso estudo exclui as duas dimensões relativas ao Apoio Social e a dimensão Religião. Vale a pena atentar nesta diferenciação entre as cinco dimensões incluídas, todas de natureza intrapessoal, e as excluídas, de dimensão interpessoal e espiritual: as pessoas com bom *coping* parecem depender apenas de si. No que respeita à distinção habitual entre *coping* focado nos problemas e *coping* focado nas emoções, o bom *coping* parece incluir ambas.

O *coping* pobre, por seu turno inclui todas as dimensões referentes ao *coping* mal-adaptativo, acrescidas das três dimensões acima citadas (Religião, Uso de Apoio Emocional e Uso de Apoio Instrumental). Parece traduzir uma menor aceitação do stresse com que se tem de lidar.

Note-se que as diferenças estatisticamente significativas se registam *sempre* apenas entre as categorias extremas de capacidade para o trabalho e que não se registam nunca diferenças estatisticamente significativas entre as categorias Excelente e Bom. Isto significa, em primeiro lugar, que os profissionais com boa capacidade para o trabalho lidam com o stresse da mesma forma – ou pelo menos, na mesma direção – que aqueles com excelente capacidade para o trabalho. Em todas as dimensões do *coping* (com exceção da Religião), os indivíduos com excelente capacidade para o trabalho apresentam médias ligeiramente superiores quando a tendência no uso desse *coping* é ascendente entre categorias, e ligeiramente inferiores quando a tendência é descendente. Em suma, o *coping* dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho é semelhante ao *coping* dos profissionais com boa capacidade para o trabalho. Em segundo lugar, e na mesma linha de constatação, o *coping* das pessoas com moderada capacidade para o trabalho é genericamente semelhante ao *coping* das pessoas com boa capacidade para o trabalho, com exceção das dimensões Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias. Entre os dois grupos, e em todas as restantes dimensões, o *coping* diferencia-se também na *intensidade* relativa, maior ou menor, com que cada uma é usada. Por fim, o *coping* associado à moderada capacidade para o trabalho e o *coping* que caracteriza a pobre capacidade para o trabalho, apresentam diferenças significativas em seis dimensões: os indivíduos com pobre capacidade para o trabalho usam mais a Religião, a Expressão de Sentimentos, a Negação, o Desinvestimento Comportamental e o Uso de Substâncias, enquanto os profissionais com moderada capacidade para o trabalho usam mais a Reinterpretação Positiva. Por fim, olhando para as pontuações extremas e para as maiores diferenças (superiores a  $\pm 1 DP$ ), as pessoas com boa ou excelente capacidade para o trabalho quase não recorrem ao Uso de Substâncias (medicamentos e/ou álcool), ao Desinvestimento Comportamental e à Negação. Ainda que o tamanho da classe de profissionais com pobre capacidade para o trabalho ( $n=37$ ) seja reduzido e possa limitar as conclusões a retirar destes resultados, pensamos poder definir relativamente o *coping* que se associa com a boa capacidade para o trabalho como caracterizado pelo uso de *coping* ativo, planeamento, reinterpretação positiva, aceitação e humor, assim como pelo uso praticamente nulo de substâncias, desinvestimento comportamental e negação. Temos, assim, uma definição comparativa e relativa do bom *coping*; mas subsiste a questão: como se define heurísticamente esse *coping* por

comparação com o *coping* dos restantes indivíduos que registam menor capacidade para o trabalho?

Para melhor compreender e definir o *coping* característico de cada categoria de capacidade para o trabalho optámos por realizar uma análise fatorial exploratória. Esta análise estatística assume que a correlação entre variáveis é função de uma outra característica comum e latente (Marôco, 2010). Assim, a análise fatorial exploratória permite justamente fazer sobressair as comunalidades entre as dimensões da escala. São essas comunalidades, agrupadas sobre a forma de fatores – que pertencem a uma ordem de explicação imediatamente superior à das dimensões – que, ao tornar visíveis as relações estruturais entre as dimensões, nos facilitam a compreensão e definição do *coping* de cada grupo de profissionais segundo a sua capacidade para o trabalho. Os resultados são apresentados nas tabelas 5.19, 5.20, 5.21 e 5.22.

A primeira constatação oferecida pelos resultados prende-se com o número de fatores que cada análise fatorial exploratória fez extrair para cada classe de capacidade para o trabalho: ele aumenta à medida que aumenta o ICT. Assim, a população com pobre capacidade para o trabalho apresenta um *coping* constituído por quatro fatores, ao passo que os grupos com moderada e boa capacidade para o trabalho revelam um *coping* constituído por cinco fatores, para, por fim, o grupo com excelente capacidade para o trabalho apresentar a estrutura fatorial mais diferenciada, com seis fatores. Começemos por observar a estrutura fatorial do *coping* medido pela Brief COPE decrescentemente, iniciando pela categoria de excelente capacidade para o trabalho.

Tabela 5.19. Análise exploratória fatorial para o ICT Excelente.

Dimensões:	ICT Excelente (n=905, KMO=.756; % var expl.= 66.54%)					
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
1. <i>Coping</i> ativo		-.776				
2. Planear		-.797				
3. Utilizar suporte instrumental	.789					
4. Utilizar suporte social emocional	.834					
5. Religião					.917	
6. Reinterpretação positiva		-.587				
7. Autoculpabilização				.641		
8. Aceitação					.536	
9. Expressão de sentimentos	.617					
10. Negação				.748		
11. Autodistração			.666			
12. Desinvestimento comportamental				.585		
13. Uso de substâncias (med./álcool)						.987
14. Humor			.798			
Valor-próprio	3.232	1.846	1.362	1.074	0.932	0.869
% variância	23.088	13.183	9.725	7.672	6.659	6.209
$\alpha$	.734	.699	.405	.436	.425	n.a.

O *coping* dos profissionais de colarinho branco com excelente capacidade para o trabalho é constituído por seis fatores, que explicam 66.54% da variância cumulativa. O primeiro fator é constituído pelas dimensões Uso de Suporte Instrumental, Uso de Suporte Emocional e Expressão de Sentimentos. Note-se que este fator agrupa subescalas teoricamente muito próximas, senão mesmo interdependentes. Com efeito, as duas primeiras remetem para o recurso ao apoio dos outros, enquanto a expressão de sentimentos é, na sua essência, uma das funções inerentes ao suporte social de natureza emocional (Ramos, 2005). Neste sentido, propomo-nos designar este fator por *Uso* (ou *Busca*, como anteriormente propusemos) *de Apoio Social*. O Fator 2 agrega as escalas *Coping* Ativo, Planeamento e Reinterpretação Positiva. Na análise fatorial destinada a testar a validade de constructo deste questionário propusemos designar a conjugação destas três escalas por *Confrontação Positiva dos Problemas*. O terceiro fator associa as dimensões da Autodistração e do Humor, e optamos, de momento, por o apelidar dessa mesma forma: *Autodistração-Humor*. O quarto fator junta as dimensões da Autoculpabilização, Negação e Desinvestimento Comportamental. Anteriormente, também a propósito do estudo do questionário, nomeámos esta estrutura de *Desligamento*. O Fator 5 integra as dimensões da Religião e da Aceitação; por agora, propomo-nos manter essa designação: *Religião-Aceitação*. Por fim, o Fator 6 corresponde ao *Uso de Substâncias*.

A solução fatorial de seis fatores pareceu-nos a melhor, mau grado os valores dos Alfas de Cronbach dos fatores 3, 4 e 5 se situarem abaixo do limiar de aceitabilidade. Foram ensaiadas soluções de quatro e cinco fatores. A primeira revelou agrupamentos de difícil interpretação, pelo que foi abandonada. A solução de cinco fatores apresentava um problema com a escala *Desinvestimento Comportamental*, que carregava em dois fatores com valores de saturação muito próximos (no Fator 2, com .366 e no Fator 4, com .444). Manda a prática corrente que, nestes casos, se pondere a exclusão da escala. Com efeito, a sua eliminação aumentaria a consistência interna do segundo fator. Se estatisticamente esta solução seria adequada, em termos teóricos impossibilitaria uma completa compreensão da configuração fatorial do *coping* neste grupo e limitaria a comparação do *coping* dos trabalhadores com excelente ICT com o dos restantes grupos. Neste sentido, foi tentada a solução de seis fatores, que veio a ser escolhida. Apesar dos baixos valores de consistência interna nos três fatores referidos (note-se que o mesmo acontecia na solução a cinco fatores) e de valores próprios inferiores a 1 (o que também acontecia com um dos fatores da solução a cinco) nos Fatores 5 e 6, a variância explicada, a análise do *scree plot* e as configurações teóricas resultantes oferecem segurança quanto a esta solução. No caso da variância explicada, a solução apresentada é mais consistente que a de cinco fatores (que explicaria apenas 60.32% da variância total). Em termos teóricos, a escala *Desinvestimento Comportamental* deixou de se associar ao fator *Confrontação Positiva dos Problemas* (ainda que a ele se associasse com sinal contrário às restantes escalas) para se alojar no fator *Desligamento* (com o qual apresenta maior afinidade concetual), enquanto a escala *Uso de Substâncias* deixou de estar agrupada naquela mesma dimensão, para se isolar no sexto fator. Esta estrutura fatorial resultou, em síntese, estatisticamente mais sólida e teoricamente mais inteligível.

Os profissionais com boa capacidade para o trabalho apresentam uma estrutura fatorial do *coping* composta por cinco fatores, os quais justificam 59.64% da variância total regis-

tada (Cf. Tabela 5.20). Os dois primeiros fatores, juntos, explicam mais de metade da variância observada. O Fator 1 inclui as escalas *Coping* Ativo, Planejamento, Reinterpretação Positiva e Aceitação, e é responsável por cerca de 21.26% da variância das respostas. Por comparação com o fator correspondente no grupo dos profissionais com ICT excelente, o *coping* de Confrontação Positiva dos Problemas neste grupo inclui também a aceitação. O Fator 2 é constituído pela Autoculpabilização, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias, explicando 14.67% da variância. Confrontando com o grupo anterior, vemos que os profissionais com ICT bom parecem associar o uso de substâncias ao *coping* de desligamento ou evitamento. Cada um dos três últimos fatores explica menos de 10% da variância. O Fator 3 (9.40% da variância explicada) corresponde ao *coping* de Uso de Apoio Social, e inclui as mesmas três escalas que no grupo ICT Excelente. Porém, entre os *bons*, os valores de saturação do

Tabela 5.20. Análise exploratória fatorial para o ICT Bom

Dimensões	ICT Bom (n=1523, KMO=.740; % var expl.=59.64%)				
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
1. <i>Coping</i> ativo	.783				
2. Planear	.824				
3. Utilizar suporte instrumental			-.786		
4. Utilizar suporte social emocional			-.846		
5. Religião					.949
6. Reinterpretação positiva	.720				
7. Autoculpabilização		.521			
8. Aceitação	.517				
9. Expressão de sentimentos			-.629		
10. Negação		.617			
11. Autodistração				-.691	
12. Desinvestimento comportamental		.602			
13. Uso de substâncias (med./álcool)		.649			
14. Humor				-.693	
Valor-próprio	2.977	2.054	1.315	1.062	0.941
% variância	21.262	14.669	9.394	7.586	6.724
$\alpha$	.728	.477	.689	.333	n.a.

Apoio Social apresentam sinal negativo, o que pode indicar direção contrária aos restantes fatores. O mesmo acontece com o quarto fator (7.59% da variância), também igual ao verificado no grupo do ICT Excelente, Autodistração-Humor. Este dado parece indicar que o recurso aos outros, ao humor e à distração poderá desempenhar um papel de distanciamento, por oposição à confrontação positiva dos problemas, ao desligamento (evitamento) e à religião. O que pode esta indicação empírica significar? Talvez uma diferenciação entre distanciamento e desligamento, e por essa via uma hierarquização dos encontros de stresse: alguns, talvez porque moderados, confrontam-se, outros, porque mais graves, desligam-se, e outros, intermédios, talvez justifiquem algum distanciamento; a estas hipóteses voltaremos aquando da discussão dos resultados. O quinto fator do *bom coping* é constituído apenas pela Religião, ao contrário do que se registou no grupo do *coping excelente*, em que os sujeitos fizeram associar



à Religião a Aceitação. Observando a hierarquia dos fatores segundo a percentagem de variância explicada, constata-se que no *coping* dos profissionais com boa capacidade para o trabalho a Confrontação Positiva dos Problemas é mais *forte*, enquanto entre aqueles com excelente capacidade para o trabalho este surge em segundo lugar. O segundo fator entre os profissionais com ICT Bom (Desligamento) é o quarto entre os *excelentes*. O Apoio Social, que surge em terceiro lugar no *bom coping*, é o fator cimeiro entre os *excelentes*. A Autodistração-Humor é o penúltimo fator do *bom coping* mas ocupa o terceiro lugar no *coping excelente*, o que é mais significativo tendo em conta que este possui um fator a mais. A Religião é o último fator no ICT Bom, sendo ICT Excelente o penúltimo (Religião-Aceitação), seguido do Uso de Substâncias. A diferente configuração da dimensão relativa à Religião é intrigante: no *coping excelente*, ela é associada à Aceitação, ao passo que no *bom coping* a Aceitação se associa à Confrontação Positiva dos Problemas, deixando a Religião isolada.

Note-se que o Fator 4 não se revela consistente. Com efeito, o valor do Alfa de Cronbach está bem abaixo do limiar de aceitação (.333). Em todo o caso, este resultado não faz perigar a solução proposta de cinco fatores, tendo em conta a consideração dos restantes critérios estatísticos e teóricos.

A análise fatorial exploratória do Brief COPE para o grupo de profissionais com ICT Moderado extraiu cinco fatores que explicam 61.42% da variância (Cf. Tabela 5.21). Esta estrutura fatorial mantém o fator Religião isolado (Fator 5) e a constituição teórica do fator Busca

Tabela 5.21. Análise exploratória fatorial para o ICT Moderado

Dimensões	ICT Moderado (n=495, KMO=.740; % var expl.=61.42%)				
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
1. <i>Coping</i> ativo	.614				
2. Planear	.630				
3. Utilizar suporte instrumental			-.837		
4. Utilizar suporte social emocional			-.841		
5. Religião					.855
6. Reinterpretação positiva	.778				
7. Autoculpabilização				.675	
8. Aceitação	.514				
9. Expressão de sentimentos			-.705		
10. Negação		.586			
11. Autodistração		.623			
12. Desinvestimento comportamental		.734			
13. Uso de substâncias (med./álcool)				.718	
14. Humor	.759				
Valor-próprio	3.076	2.084	1.360	1.086	0.993
% variância	21.969	14.888	9.713	7.755	7.093
$\alpha$	.718	.462	.726	.328	n.a.

de Apoio Social (Fator 3) tal como se verificou com o grupo dos profissionais com boa capacidade para o trabalho. O fator que temos vindo a designar por Confrontação Positiva dos Pro-

blema torna-se mais complexo, mantendo não só a escala Aceitação mas sendo ainda acrescentado da escala Humor (Fator 1). As dimensões Negação e Desinvestimento Comportamental deixam de estar associadas à Autoculpabilização e ao Uso de Substâncias e passam a ser acompanhadas pela Autodistração (Fator 2). Esta estrutura faz alterar o significado do fator que temos vindo a designar por Desligamento: nas pessoas com *coping moderado*, o desligamento parece assumir mais a forma de um *coping* escapista (por causa do uso da distração). Por fim, a Autoculpabilização surge apenas associada ao Uso de Substâncias (Fator 4). Esta última configuração, na nossa opinião, remete para o *coping* de evitamento que faz intensificar a Autofocalização (Carver & Connor-Smith, 2010; Snyder & Pulvers, 2001) e que poderá estar associado a uma atitude de passividade, marcada por sentimentos de angústia e desamparo (Frankenhauser, 1986).

De novo se regista um fator com valor de Alfa de Cronbach abaixo do aceitável. A falta de consistência do Fator 4, contudo, não é razão suficiente para desaconselhar esta solução, tendo em conta os restantes critérios estatísticos e teóricos.

Os profissionais com pobre capacidade para o trabalho apresentam uma estrutura fatorial do *coping* com apenas quatro fatores (explicando 72.70% da variância). Entre os quatro grupos de ICT, esta é a solução fatorial que revela maior robustez estatística (Cf. variância explicada, valores próprios, consistência interna dos fatores); pensamos, no entanto, que este resultado se fica a dever ao menor número de fatores extraídos. O primeiro fator associa às escalas habituais do Uso de Apoio Social a dimensão Autodistração. É o único grupo a apresentar uma configuração fatorial diferente para o apoio social. A dimensão da Autodistração, em nosso entender, poderá indicar que o recurso, por estes sujeitos, ao apoio social terá menos uma função de abordagem positiva dos problemas que uma função escapista. O Fator 2 replica a estrutura teórica do fator Desligamento verificado nas populações dos profissionais com boa e excelente capacidade para o trabalho. O terceiro fator – Confrontação Positiva dos Problemas – é igual ao mesmo fator nos profissionais com boa capacidade para o trabalho, ainda que nesses ele surja como primeiro fator. Por fim, o fator 4 junta a Religião ao Humor, numa configuração não registada nas restantes categorias de capacidade para o trabalho. É significativo que, enquanto no *coping pobre* a Religião se associa ao Humor, no *coping excelente* ela liga-se à Aceitação. Com efeito, se o humor pressupõe um afastamento psicológico, a aceitação pressupõe uma aproximação psicológica.

Observando o sentido dos valores de saturação, a estrutura fatorial do Brief COPE para os profissionais com ICT Pobre é a única em que os valores são todos positivos. Ou seja, todos os fatores têm a mesma direção. No caso da solução fatorial para o ICT Excelente, observa-se que todos os fatores têm sinal positivo, com exceção do fator Confrontação Positiva dos Problemas, em que todas as dimensões apresentam *loadings* negativos. Ou seja, a Confrontação Positiva dos Problemas apresenta sentido inverso a todas as outras dimensões de *coping*, o que faz supor que quanto mais usam essa, menos usam as outras. No caso dos fatores de *coping* para as pessoas com boa capacidade para o trabalho, são as dimensões de Busca de Apoio Social e de Autodistração-Humor a apresentarem direção contrária às restantes. Deste modo, resulta intrigante que a confrontação ativa dos problemas e o desligamento assumam a mesma direção, e, ainda por cima, sejam os dois fatores responsáveis por maior variância dos

Tabela 5.22. Análise exploratória fatorial para o ICT Pobre.

Dimensões	ICT Pobre (n=37, KMO=.655; % var expl.=72.70%)			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1. <i>Coping</i> ativo			.803	
2. Planear			.819	
3. Utilizar suporte instrumental	.815			
4. Utilizar suporte social emocional	.922			
5. Religião				.937
6. Reinterpretação positiva			.701	
7. Autoculpabilização		.716		
8. Aceitação			.752	
9. Expressão de sentimentos	.725			
10. Negação		.665		
11. Autodistração	.692			
12. Desinvestimento comportamental		.833		
13. Uso de substâncias (med./álcool)		.569		
14. Humor				.761
Valor-próprio	4.753	2.610	1.614	1.201
% variância	33.953	18.641	11.529	8.579
$\alpha$	.873	.719	.857	.676

resultados... Querirá isto dizer que as pessoas com *bom coping* enfrentam uns problemas, mas desligam-se de outros? No caso do ICT Moderado, é a dimensão do Uso de Apoio Social a registar direção oposta às restantes. Note-se que é nesta configuração fatorial que a dimensão de Confrontação Positiva dos Problemas se revela mais rica e variada. Em todo o caso, também no *coping* deste grupo se verifica a mesma direção entre a confrontação e o desligamento, ainda que parece terem considerado este desligamento menos uma recusa em lidar com o stresse, que um escape.

É assaz interessante atentar na distribuição fatorial das dimensões de *coping* tendo em consideração as classificações teóricas habituais. Olhando para as configurações fatoriais reveladas por estas quatro análises, verifica-se que o comportamento do Brief COPE não sustenta a distinção entre *coping* focado nos problemas e *coping* focado nas emoções, mas sim entre *coping* de confrontação e *coping* de evitamento. Com efeito, nenhuma análise fatorial agrupou no mesmo fator apenas as escalas teoricamente associadas ao *coping* focado nos problemas (*Coping* Ativo, Planeamento, Uso de Apoio Instrumental); o mesmo aconteceu com as escalas relacionadas com o *coping* focado nas emoções. Além disso, as escalas relativas ao apoio social ficaram juntas em todas as análises efetuadas, quando seria de esperar, à luz daquela divisão, uma separação entre a relativa ao apoio instrumental (*coping* focado nos problemas) e aquela relativa ao apoio emocional (*coping* focado nas emoções). Finalmente, apenas em duas análises (grupos com ICT Pobre e Excelente) se registou uma associação de escalas de um único tipo de *coping* (no caso, focado nas emoções) e em ambos os casos só entre duas escalas, e sempre com a dimensão da religião presente (Religião e Aceitação, no grupo com ICT Excelente, e Religião e Humor, no grupo com ICT Pobre). No que respeita à distinção entre *coping* de confrontação e *coping* de evitamento, regista-se sempre uma associação quer entre escalas relativas ao *coping* adaptativo, quer relativas ao *coping* mal-adaptativo, com seis exceções no

total dos vinte fatores das quatro análises. Essas exceções registam-se sempre com duas escalas: Expressão de Sentimentos e Autodistração. Ou seja, partindo do princípio que elas representam dimensões mal-adaptativas do *coping*, seria de esperar que não partilhassem comunalidades com dimensões adaptativas. Estas associações verificadas poderão significar que a autodistração e a expressão de sentimentos talvez não sejam sempre mal-adaptativas. No capítulo dedicado à discussão dos resultados retomaremos o debate em torno dos dados relatados neste parágrafo.

Em síntese, a análise das estruturas fatoriais do Brief COPE em cada categoria da capacidade para o trabalho permite-nos supor que:

(1) os profissionais com excelente capacidade para o trabalho aparentam dispor de um *coping* mais diferenciado, enquanto aqueles com fraca capacidade para o trabalho parecem possuir um *coping* com uma estrutura mais simples;

(2) a confrontação positiva dos problemas parece ser mais forte nos profissionais com boa e moderada capacidade para o trabalho, não só por ser o fator que mais variância explica nesses grupos, como também porque apresenta estruturas fatoriais mais diferenciadas;

(3) os profissionais com ICT Excelente e com ICT Pobre apresentam como dimensão preponderante do *coping* o recurso ao apoio social, ainda que nas últimas ele pareça assumir uma função distratora;

(4) os profissionais com excelente capacidade para o trabalho parecem desligar-se mais dos problemas geradores de stresse que os restantes (entre os quatro grupos, é no Excelente que o fator Desligamento mais variância explica);

(5) os sujeitos com ICT Pobre parecem ser aqueles que menos confrontam os problemas (é neste grupo que este fator apresenta menor poder de explicação da variância);

(6) o recurso à confrontação positiva dos problemas parece ser inversamente proporcional a todas as restantes opções de *coping* entre os sujeitos com ICT Excelente;

(7) provavelmente, os profissionais com boa capacidade para o trabalho confrontam uns problemas mas desligam-se de outros;

(8) as dimensões de *coping* que parece serem menos usadas são a Religião e o Uso de Substâncias;

(9) os profissionais com maior capacidade para o trabalho (ICT Excelente e Bom) parecem confrontar mais o stresse profissional;

(10) a religião, a expressão de sentimentos e a autodistração parecem desempenhar outras funções que não apenas aquela teoricamente expectável;

(11) os profissionais de colarinho branco que constituem esta amostra não diferenciam o *coping* em centrado nos problemas ou nas emoções, mas sim consoante ele pressupõe a confrontação (adaptativa) dos problemas ou o seu evitamento (mal-adaptativo).

A estas possíveis interpretações voltaremos aquando da discussão dos resultados. Elas traduzem a análise do *coping* em cada grupo de capacidade para o trabalho. Pretendíamos, no entanto, ir mais além dessa caracterização e tentar perceber se algumas dimensões do *coping* podiam prever a capacidade para o trabalho e, em caso afirmativo, quais. Para isso, testámos modelos de previsão, a relatar no Capítulo 5.4.

Retomando a análise do *coping* nas diferentes categorias de capacidade para o trabalho, uma questão se impõe: será que o mesmo panorama se mantém quer entre os PS, quer entre os NPS? E ainda: serão as configurações do *coping* semelhantes nos dois grupos, ou registar-se-ão diferenças? Com efeito, era também nosso objetivo estudar a relação entre o *coping* e a capacidade para o trabalho em cada grupo profissional, de modo a caracterizar o *coping* dos profissionais de ambos os grupos com elevada capacidade para o trabalho e a comparar o perfil de *coping* associado à mesma entre os dois tipos de profissionais. Assim, calculámos as diferenças estatisticamente significativas entre as quatro categorias de ICT e as 14 dimensões teóricas do Brief COPE em cada grupo profissional. Os resultados encontram-se sintetizados na Tabela 5.23.

De novo, registam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do *coping* utilizado entre as categorias extremas de capacidade para o trabalho, em ambos os grupos profissionais. Verificam-se, contudo, seis exceções a esta regra. Os resultados do método de Tukey, utilizado para efetuar as comparações múltiplas, revelam semelhanças inesperadas e de difícil compreensão concetual ao nível das estratégias de *coping* utilizadas por diferentes categorias de ICT (nos PS: Planeamento, Uso de Suporte Emocional, Autoculpabilização, Negação, Auto-distração e Uso de Substâncias; nos NPS: Aceitação; Cf. Tabela 5.23). Julgamos que estes resultados poderão ter sido influenciados pela reduzida dimensão das subamostras de profissionais com ICT Pobre (PS:  $n=12$ ; NPS:  $n=25$ ), bem como pelas diferentes dimensões dos grupos em comparação (por ex., entre os NPS aqueles com ICT BOM são 1042 ao passo que os com ICT Moderado são apenas 335). Com efeito, a ANOVA é sensível a estes dois fenómenos, podendo produzir resultados enviesados. Aceitando esta explicação de natureza estatística, impor-se-ia a exclusão das subamostras de profissionais com ICT Pobre da análise inferencial se o nosso objetivo fosse exclusivamente o estudo das comparações múltiplas. Porém, como o nosso interesse reside primeiramente na verificação de diferenças estatisticamente significativas em termos do *coping* relatado pelos sujeitos com diferentes níveis de ICT, optamos por manter os resultados, desprezando a interpretação teórica daqueles seis casos particulares.

Mau grado a reserva acima referida, podemos constatar que, tal como sucedeu na amostra total, quer os PS com elevada capacidade para o trabalho (i.é., boa e excelente), quer os NPS com elevada capacidade para o trabalho utilizam um *coping* diferente dos seus colegas com menor capacidade para o trabalho (i.é., moderada e pobre). Antes de observarmos o perfil de *coping* de uns e outros separadamente, damos conta de que os resultados nestas duas populações amostrais não se revelam tão consistentes como aqueles outros verificados na amostra total. Em primeiro lugar, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões de *coping* (como ocorreu na amostra total), sendo este dado mais vincado entre os PS (não existem diferenças no que respeita ao Uso de Apoio Social Instrumental, Aceitação, Expressão de Sentimentos e Humor), porquanto entre os NPS apenas a religião é

Tabela 5.23. Distribuição das dimensões do Brief COPE pelas quatro categorias do ICT nos dois grupos profissionais

Dimensões	ICT									
	Profissionais de saúde*					Não profissionais de saúde**				
	Pobre (n=12)	Moderado (n=160)	Bom (n=481)	Excelente (n=256)	Comparações múltiplas	Pobre (n=25)	Moderado (n=335)	Bom (n=1042)	Excelente (n=649)	Comparações múltiplas
1. <b>CA</b>	1.7±0.7	2.0±0.5	2.1±0.6	2.3±0.6	P=M; M=B; B=E	1.9±0.6	1.9±0.6	2.2±0.6	2.3±0.6	P=M; B=E
2. <b>P</b>	2.3±0.7	2.1±0.5	2.2±0.6	2.3±0.6	P=B=E; M=B	2.0±0.7	2.0±0.6	2.2±0.6	2.2±0.6	P=M; B=E
3. <b>SI</b>	1.7±1.0	1.7±0.7	1.6±0.7	1.6±0.7	n.e.s.	1.5±0.6	1.4±0.7	1.4±0.7	1.3±0.7	P=M=B; M=B=E
4. <b>SE</b>	1.6±1.1	1.8±0.7	1.6±0.8	1.6±0.8	P=B=E; M	1.6±0.8	1.4±0.8	1.4±0.8	1.2±0.8	P=M=B; M=B=E
5. <b>R</b>	1.5±0.9	0.9±0.9	0.7±0.8	0.8±0.8	P; M=B=E	0.9±1.0	0.7±0.8	0.7±0.8	0.7±0.8	n.e.s.
6. <b>RP</b>	1.5±0.7	1.6±0.7	1.8±0.7	2.1±0.7	P=M=B; B=E	1.6±0.8	1.7±0.7	1.9±0.7	2.0±0.7	P; M=B; B=E
7. <b>AC</b>	1.2±0.7	1.4±0.7	1.2±0.6	1.1±0.6	P=B=E; M	1.5±0.9	1.3±0.7	1.2±0.6	1.1±0.7	P=M; M=B; B=E
8. <b>A</b>	1.7±0.7	1.6±0.6	1.6±0.7	1.7±0.7	n.e.s.	1.6±0.6	1.5±0.6	1.6±0.7	1.7±0.7	P=B=E; M=B=E
9. <b>ES</b>	1.8±0.8	1.6±0.6	1.6±0.7	1.6±0.7	n.e.s.	1.8±0.7	1.5±0.7	1.5±0.7	1.3±0.7	P=M; M=B=E
10. <b>N</b>	0.6±0.6	0.7±0.7	0.5±0.6	0.4±0.5	P=M=B; P=B=E	1.3±0.8	0.7±0.7	0.6±0.7	0.5±0.6	P; M=B=E
11. <b>AD</b>	1.4±1.0	1.6±0.7	1.3±0.7	1.2±0.7	P=M; P=B=E	1.6±0.8	1.3±0.7	1.3±0.7	1.2±0.8	P=M; M=B=E
12. <b>DC</b>	0.7±0.4	0.5±0.6	0.3±0.5	0.2±0.4	P=M; M=B; B=E	0.7±0.7	0.5±0.6	0.3±0.5	0.2±0.4	P; M=B; B=E
13. <b>US</b>	0.0	0.2±0.4	0.1±0.2	0.0±0.2	P=B=E; M=B	0.5±0.9	0.2±0.6	0.1±0.3	0.0±0.2	P; M; B=E
14. <b>H</b>	1.0±0.6	1.2±0.6	1.3±0.7	1.3±0.7	n.e.s.	0.9±0.6	1.1±0.8	1.3±0.7	1.4±0.8	P=M; M=B=E

Os valores apresentados são da forma Média ± Desvio-Padrão.

**CA:** coping ativo; **P:** planeamento; **SI:** suporte instrumental; **SE:** suporte emocional; **R:** religião; **RP:** reinterpretação positiva; **AC:** autculpabilização; **A:** aceitação; **ES:** expressão de sentimentos; **N:** negação; **AD:** autodistração; **DC:** desinvestimento comportamental; **US:** uso de substâncias (medicamento/álcool); **H:** humor.

P: pobre; M: moderado; B: bom; E: excelente.

n.e.s.: não é estatisticamente significativo.

\* Todas as dimensões são estatisticamente significativas, exceto utilizar suporte instrumental, aceitação, expressão de sentimentos, e humor; ANOVA de um fator para amostras independentes:  $p$ -value<.05 (Teste da homogeneidade não é cumprido para o coping ativo, aceitação, negação, desinvestimento comportamental e uso de substâncias); Teste de Kruskal-Wallis:  $p$ -value<.05. Comparações múltiplas (método de Tukey)

\*\* Todas as dimensões são estatisticamente significativas, exceto religião; ANOVA de um fator para amostras independentes:  $p$ -value<.05 (Teste da homogeneidade não é cumprido para as variáveis interpretação positiva, religião, desinvestimento comportamental, uso de substâncias); Teste de Kruskal-Wallis:  $p$ -value<.05. Comparações múltiplas (método de Tukey)

utilizada de modo semelhante ao longo das quatro categorias de ICT. Em segundo lugar, a progressão – ascendente ou descendente – das médias da frequência de utilização de cada dimensão de *coping* não é tão linear e discreta como o registado na amostra total. Por fim, a limitação anteriormente apontada relativa à dimensão dos grupos em comparação concorre também para esta menor consistência dos resultados em cada grupo profissional, quando os confrontamos com os resultados da amostra total. Em todo o caso, julgamos poder concluir pela diferença ao nível do *coping* utilizado entre profissionais com maior capacidade para o trabalho e profissionais com menor capacidade para o trabalho.

Entre os profissionais de saúde, à medida que aumenta a capacidade para o trabalho aumenta o recurso ao *coping* ativo e à reinterpretação positiva, e diminui o recurso à religião e ao desinvestimento comportamental. Se omitirmos a leitura das médias obtidas pelo grupo do ICT Pobre (por causa da fragilidade acima referida), aumenta também o planeamento, e diminuem também o uso de suporte emocional, da autoculpabilização, da negação, da autodistração e das substâncias. A diferença mais pronunciada ao nível do *coping* utilizado pelos profissionais de saúde das diferentes classes de ICT prende-se com a religião, que é substancialmente mais utilizada por aqueles com fraco ICT. A média destes últimos situa-se a meio do intervalo correspondente à frequência “por vezes”, ao passo que nos restantes grupos se situa perto do limite superior da frequência “nunca”. O uso de suporte instrumental, a aceitação, a expressão de sentimentos e o humor são utilizados de modo semelhante pelos PS de todas as categorias de capacidade para o trabalho.

À medida que a capacidade para o trabalho dos não profissionais da saúde aumenta, aumenta também o uso de *coping* ativo, planeamento, reinterpretação positiva e humor (assim como a aceitação, se omitirmos os valores do grupo com pobre ICT), e diminui o uso de suporte instrumental, suporte emocional, autoculpabilização, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental e uso de substâncias. A diferença mais marcada regista-se na negação, substancialmente mais utilizada pelos profissionais com baixo ICT, situando-se a sua média no intervalo de resposta superior àquele das médias dos restantes grupos. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas em relação à religião, o que significa que todos os NPS a (pouco) usam de modo semelhante.

A análise destes resultados oferece-nos duas importantes constatações gerais. Em primeiro lugar, o padrão do bom *coping* identificado na amostra total mantém-se em cada grupo profissional considerado. Com efeito, as tendências verificadas na utilização das estratégias de *coping* permanecem genericamente inalteradas, ainda que de forma menos evidente na população dos PS. Os NPS mantêm mesmo o padrão observado na amostra total, com exceção do *coping* de religião. O facto das tendências no uso de *coping* entre os NPS quase replicar as tendências da amostra total poderá indicar que os resultados da amostra total poderão ter sido influenciados pelos NPS, dado o maior tamanho da subamostra que eles constituem. Estes dados parecem sustentar a existência de um bom *coping* no trabalho mental.

A segunda constatação refere-se a uma das hipóteses centrais deste estudo, de que seria expectável que os profissionais de saúde lidassem com o stresse do trabalho de modo diferente dos não profissionais de saúde, em virtude do seu trabalho ser mais emocional. Com

efeito, ao contrário dos não cuidadores, não se registaram diferenças estatisticamente significativas no uso do suporte instrumental, aceitação, expressão de sentimentos e humor. Os PS utilizam estes mecanismos de *coping* independentemente da sua capacidade para o trabalho, o que parece indicar que os cuidadores procuram mais ajuda, aceitam mais a sua realidade ocupacional, expressam mais os seus sentimentos e usam mais o humor no trabalho que os não cuidadores. Este dado permite questionar se essas estratégias de *coping* não serão instrumentais nas profissões da saúde.

No sentido de melhor caracterizar o perfil de *coping* de cada categoria de ICT em cada grupo profissional, e à imagem do que fizemos a propósito da amostra total, realizámos análises fatoriais exploratórias. Pretendíamos fazer emergir as relações estruturais entre as diferentes dimensões de *coping* para cada categoria de ICT nos dois grupos profissionais, e sobretudo analisar os fatores latentes partilhados por elas.

Foram reproduzidas as mesmas técnicas estatísticas utilizadas nas anteriores análises fatoriais exploratórias (adequação das subamostras validada pela medida de KMO e pelo teste de Bartlett, extração de fatores segundo o método de componentes principais seguido de rotação *direct oblimin*, com fixação do número de fatores em função da combinação da análise do *scree plot* e valores próprios superiores a 1), de cujos resultados damos conta nas Tabelas 5.24, 5.25 e 5.26. A reduzida dimensão das subamostras com ICT Pobre (PS,  $n=12$ ; NPS,  $n=25$ ) impossibilitaria a análise estatística de fatores comuns nesses grupos, pelo que a mesma não foi realizada. Os resultados dos ajustamentos das soluções propostas são satisfatórios, com valores de KMO variando entre .677 e .767, e variâncias totais explicadas nas ordens dos 60 por cento. Os critérios utilizados não evitaram, contudo, a emergência de fatores estatisticamente inconsistentes: num total de 28 fatores extraídos, 13 deles apresentam valores de consistência interna abaixo do limiar de aceitabilidade. Ainda que quatro sejam superiores a .45, outros quatro apresentam valores inaceitavelmente baixos (entre .129 e .354). Em todo o caso, optámos por aceitar as soluções propostas em função da combinação de critérios escolhidos e porque pretendíamos apenas realizar um estudo exploratório iniciático e genérico.

Iniciando a análise pelos grupos com ICT excelente, observamos apenas duas semelhanças na estrutura do *coping* dos PS e dos NPS, uma relativa ao número de fatores (seis, em ambos os grupos), e outra referente à constituição teórica de um desses fatores. O único fator semelhante nos dois grupos é aquele constituído pelas dimensões Autoculpabilização, Negação e Desinvestimento Comportamental, e mesmo em termos de consistência interna ambos os fatores apresentam valores de Alfa de Cronbach muito próximos (e abaixo do limiar de aceitação). Apesar de internamente semelhantes, as duas macrodimensões de *coping* são no entanto diferentes no peso relativo que assumem em cada configuração de *coping*: enquanto nos PS com ICT Excelente o Desligamento é o terceiro fator em termos de variância explicada, nos NPS é o último. Aparentemente, o Desligamento é mais *forte* nos cuidadores com excelente ICT.

A observação da Tabela 5.24 permite-nos concluir que o *coping* dos PS e dos NPS com excelente ICT é estruturalmente diferente. Nos cuidadores, o fator constituído pelo *Coping* Ativo e o Planeamento é o que mais variância explica (21.57%), enquanto nos NPS é a Busca de Apoio Social (Suporte Instrumental, Suporte Emocional, Expressão de Sentimentos; 23.63%).



Tabela 5.24. Brief COPE: análise fatorial exploratória para o ICT Excelente nos dois grupos profissionais

Fator	Profissionais de saúde <i>n</i> =256; KMO=.677; % var. expl.=67.59%				Não profissionais de saúde <i>n</i> =905; KMO=.767; % var. expl.=66.70%			
	Dim	E	%	$\alpha$	Dim	E	%	$\alpha$
1	<b>CA</b> <b>P</b>	3.020	21.573	.736	<b>SI</b> <b>SE</b> <b>ES</b>	3.308	23.628	.731
2	<b>RP</b> <b>A</b> <b>H</b>	1.891	13.509	.647	<b>CA</b> <b>P</b> <b>RP</b>	1.856	13.254	.702
3	<b>AC</b> <b>N</b> <b>DC</b>	1.495	10.676	.430	<b>AD</b> <b>H</b>	1.305	9.320	.467
4	<b>SE</b> <b>AD</b>	1.133	8.090	.613	<b>US</b>	1.062	7.587	n.a.
5	<b>R</b> <b>US</b>	1.055	7.539	.129	<b>R</b> <b>A</b>	0.968	6.914	.415
6	<b>SI</b> <b>ES</b>	0.870	6.212	.696	<b>AC</b> <b>N</b> <b>DC</b>	0.839	5.995	.443

*n.a.*: não aplicável

**CA**: coping ativo; **P**: planeamento; **SI**: suporte instrumental; **SE**: suporte emocional; **R**: religião; **RP**: reinterpretação positiva; **AC**: autculpabilização; **A**: aceitação; **ES**: expressão de sentimentos; **N**: negação; **AD**: autodistração; **DC**: desinvestimento comportamental; **US**: uso de substâncias (medicamento/álcool); **H**: humor.

*Coping* Ativo e Planeamento surgem agrupados no segundo fator dos não cuidadores, e associados à Reinterpretação Positiva. Assim, o *coping* “excelente” dos NPS aproxima-se mais do fator por nós designado de Confrontação Positiva dos Problemas. A Reinterpretação Positiva nos PS com ICT Excelente associa-se à Aceitação e ao Humor. Este dado parece indicar que os PS com excelente ICT lidam positivamente com o stresse do trabalho de duas formas, uma resolvendo (*coping* ativo e planeamento), e outra aceitando e reinterpretando. Com efeito, este é o segundo fator em termos de variância explicada, responsável por mais variância dos resultados que o terceiro fator, que é o Desligamento. Será que esta ordenação significa que os cuidadores com ICT excelente em primeiro lugar enfrentam e tentam resolver os problemas geradores de stresse, e quando não é possível, os aceitam e reinterpretam, e só quando nem uma nem outra estratégias são possíveis, se desligam? O humor parece servir funções diferentes no *coping* dos dois grupos profissionais: para os cuidadores, o humor *ajuda* a aceitar e a ver de outra perspetiva, enquanto para os NPS o humor parece funcionar como uma forma de distração. Se os NPS com excelente ICT se parecem distrair usando o humor, já os cuidadores com do grupo ICT Excelente parecem recorrer ao apoio social para se distraírem, como o parece indicar a associação da Autodistração com o Uso de Suporte Emocional. É interessante notar ainda a importância do recurso aos outros entre os cuidadores, como o parece demonstrar a associação entre a Utilização de Suporte Instrumental e a Expressão de Sentimentos. Por

outro lado, este fator pode indiciar que, entre os PS com excelente ICT, falar sobre os seus sentimentos parece ser uma forma instrumental de lidar com os problemas ocupacionais geradores de stresse (e não uma forma de *coping* disfuncional e mal-adaptativa, como teoricamente seria de esperar). Por fim, a Religião parece assumir também funções diferentes nos dois grupos: os resultados sugerem uma associação, nos NPS, com a Aceitação, ao passo que nos PS se associa ao Uso de Substâncias (ainda que ambos os fatores, mais no segundo caso que no primeiro, registem falta de consistência interna).

No que respeita ao *bom coping*, a observação da Tabela 5.25 permite concluir pela grande semelhança entre os dois grupos profissionais. Com efeito, em termos estruturais, apenas se registam duas diferenças (atrevemo-nos a dizer) menores: o Uso de Substâncias

*Tabela 5.25. Brief COPE: análise fatorial exploratória para o ICT Bom nos dois grupos profissionais*

Fator	Profissionais de saúde <i>n</i> =481; KMO=.718; % var. expl.=61.11%				Não profissionais de saúde <i>n</i> =1042; KMO=.746; % var. expl.=65.97%			
	Dim	E	%	$\alpha$	Dim	E	%	$\alpha$
1	CA P RP A	2.835	20.252	.723	CA P RP A	3.068	21.915	.731
2	AC N DC US	2.128	15.201	.471	AC N DC US	2.027	14.480	.495
3	AD H	1.489	10.638	.282	SI SE ES	1.258	8.987	.678
4	SI SE ES	1.102	7.873	.700	AD H	1.045	7.466	.354
5	R	1.000	7.145	n.a.	R	0.933	6.668	n.a.
6	--				US	0.903	6.452	n.a.

*n.a.*: não aplicável

**CA:** coping ativo; **P:** planeamento; **SI:** suporte instrumental; **SE:** suporte emocional; **R:** religião; **RP:** reinterpretação positiva; **AC:** autculpabilização; **A:** aceitação; **ES:** expressão de sentimentos; **N:** negação; **AD:** autodistração; **DC:** desinvestimento comportamental; **US:** uso de substâncias (medicamento/álcool); **H:** humor.

surge isolado num fator entre os não cuidadores, enquanto se associa ao segundo fator (Desligamento) nos PS, e há uma troca de posições, em termos de variância explicada, dos fatores Autodistração e Humor (terceiro, nos PS e quarto nos NPS; note-se que este é o fator com valores mais baixos em termos de consistência interna em ambos os grupos) e Uso de Apoio Social (o inverso das posições anteriores). De resto, todos os resultados se revelam muito idênticos. Pode-se concluir, enfim, que o *coping* dos profissionais de saúde com bom ICT é idêntico ao *coping* dos não profissionais de saúde com bom ICT. Acrescente-se que os fatores se reve-

lam bem definidos, e que se regista apenas um problema maior em termos de consistência estatística no fator Autodistração-Humor, o qual se repete em ambos os grupos. Mesmo os restantes valores estatisticamente abaixo dos limiares de aceitabilidade (consistência interna do segundo fator e valores próprios dos dois últimos fatores entre os NPS) aproximam-se desses limiares. Julgamos que estes dados parecem reforçar a ideia da existência de um perfil de bom *coping* transversal aos diferentes tipos de trabalho mental.

O *coping* dos grupos com ICT Moderado é mais semelhante que diferente entre cuidadores e não cuidadores. Apesar de diferentes no número de fatores (seis nos NPS, cinco nos PS) e na constituição de todos os fatores (com exceção do Fator 3 nos PS que se mantém inalterado enquanto Fator 1 nos NPS), uma inspeção dos dados mais atenta revela uma acentuada similitude entre os dois perfis de *coping*. Com efeito, o fator adicional (Fator 6) nos NPS parece servir para alojar as dimensões de *coping* que se associaram a fatores inesperados (tendo por referência anteriores análises) no caso dos PS (Autodistração, Autoculpabilização, Aceitação). Excluindo da leitura dos resultados estas três dimensões de *coping*, os fatores resultantes na subamostra dos PS revelam-se iguais (com a exceção do fator que integra o Uso de Substâncias) aos fatores registados nos NPS. Por fim, e como já adiantámos, o fator constituído pelo

*Tabela 5.26. Brief COPE: análise fatorial exploratória para o ICT Moderado nos dois grupos profissionais*

Fator	Profissionais de saúde n=160; KMO=0.693; % var. expl.=62.94%				Não profissionais de saúde n=335; KMO=0.736; % var. expl.=61.42%			
	Dim	E	%	$\alpha$	Dim	E	%	$\alpha$
1	SI SE A ES	3.227	23.227	.710	P RP H	3.049	21.781	.738
2	CA N AD DC	1.924	13.743	.506*	CA N DC	2.125	15.182	.478
3	P RP H	1.565	11.180	.714	SI SE ES	1.342	9.586	.718
4	AC US	1.069	7.635	.431	R US	1.080	7.713	.188
5	R	1.027	7.332	n.a.	AD	1.002	7.157	n.a.
6	-				AC A	0.911	6.507	.403

\* Sem a dimensão *coping* ativo; n.a.: não aplicável

CA: coping ativo; P: planeamento; SI: suporte instrumental; SE: suporte emocional; R: religião; RP: reinterpretação positiva; AC: autoculpabilização; A: aceitação; ES: expressão de sentimentos; N: negação; AD: autodistração; DC: desinvestimento comportamental; US: uso de substâncias (medicamento/álcool); H: humor.

Planeamento, Reinterpretação Positiva e Humor é estruturalmente igual nos dois grupos, mas será porventura diferente do ponto de vista funcional, já que explica muito mais variância entre aqueles que trabalham fora da área da saúde que entre os cuidadores.

O dado mais intrigante, a nosso ver, da análise fatorial do *coping* nos grupos com ICT Moderado prende-se justamente com a configuração teórica dos fatores extraídos. De facto, tendo em conta as análises anteriores, os resultados obtidos nesta análise revelam-se algo inesperados, sobretudo entre os PS. Começemos pelo fator comum aos dois grupos.

Planeamento, Reinterpretação Positiva e Humor partilham um mesmo fator latente em ambos os grupos. Do ponto de vista teórico, este dado parece indicar que os esforços mentais destes profissionais para lidar com o stress se dirigem mais a minimizar a importância dos problemas que a suportar a sua abordagem ativa e positiva. Com efeito, o *Coping* Ativo, em ambos os grupos, surge agregado a estratégias de evitamento (nomeadamente, Negação e Desinvestimento Comportamental), o que parece indicar que estes profissionais não enfrentam ativamente o stress vivenciado no trabalho. Entre os PS, este fator é ainda acrescentado da Autodistração, o que parece reforçar o carácter escapista desta dimensão de *coping*. De notar que a Aceitação, entre os cuidadores, se associa à Procura de Apoio Social, um dado que contraria a estrutura de *coping* na população amostral total com ICT Moderado, na qual a Aceitação se inclui no fator de Confrontação Positiva dos Problemas. Tendo em conta que as restantes análises fatoriais na subamostra dos PS aparentam indicar uma função instrumental do apoio social, e que neste caso o recurso ao apoio social se mistura com a aceitação, parece que os PS com ICT Moderado não se sentem suficientemente capazes para aceitar e enfrentar ativamente as causas de stress que experimentam no trabalho. Observando o panorama geral mostrado na Tabela 5.26, pensamos poder concluir que tanto os profissionais de saúde como os não profissionais de saúde com ICT moderado se consideram relativamente impotentes face ao stress do trabalho, optando maioritariamente por estratégias de amparo interpessoal, de reestruturação cognitiva e de fuga. Julgamos que a associação do Uso de Substâncias quer com a Autoculpabilização (cuidadores) quer com a Religião (não cuidadores), bem como a estrutura do Fator 6 entre os NPS, que junta a Aceitação com a Autodistração e a Autoculpabilização, sugerem uma aparente rendição face ao stress ocupacional.

Em conclusão, o *coping* de ambos os grupos profissionais parece ser idêntico entre aqueles com ICT moderado e bom, e diferenciar-se de modo mais pronunciado entre os da saúde e os de atividades ocupacionais exteriores à saúde com ICT excelente. Com efeito, o padrão de *coping* sugerido por estas análises parece indicar que os profissionais com ICT moderado (quer da saúde quer fora da saúde) tendem a minimizar o confronto ativo do stress e a preferir o conforto interpessoal, a reatribuição de significado aos encontros de stress, e a fuga aos mesmos. Neste sentido, o aparente carácter escapista do seu *coping* parece sugerir uma rendição face ao stress no trabalho. Por seu lado, o perfil de *coping* dos profissionais de ambos os grupos com ICT bom revela-se muito idêntico, diferenciando bem as dimensões de Confrontação Positiva dos Problemas, Desligamento, Autodistração-Humor, Busca de Apoio Social e de Religião. A primazia, em termos de variância explicada, da Confrontação Positiva dos Problemas e do Desligamento poderá indicar que estes profissionais se envolvem no confronto com umas causas de stress e desinvestem de lidar com outras. Nos grupos profissionais com excelente ICT, o perfil de *coping* revelou-se estruturalmente diferente. Nos NPS, o

fator dominante (em termos de variância explicada) é o Uso de Apoio Social, a Confrontação Positiva dos Problemas surge como uma dimensão com grande unidade, o Humor parece servir a distração relativamente aos problemas stressores, e a Religião associa-se à Aceitação. O perfil de *coping* dos PS é mais diferenciado: aparentemente, confrontam positivamente os problemas de duas formas, uma lidando ativamente com as causas de stresse, e outra aceitando e reavaliando o seu significado; o apoio social tanto assume uma função distrativa, como instrumental; o humor ajuda a aceitar as situações e a interpretá-las de outra perspectiva; e a religião associa-se ao uso de substâncias. Parece-nos poder identificar um gradiente no *coping* dos PS com excelente ICT: primeiro parecem tentar enfrentar, depois recriam e por fim desligam-se. Assim, e no que à comparação do perfil de *coping* entre os dois grupos profissionais diz respeito, pensamos poder avançar com duas conclusões experimentais: (1) os resultados oferecem evidências que suportam a existência de um padrão de bom *coping* comum a todos os profissionais de colarinho branco; e (2) o *coping* de excelência (i.é, o aumento da qualidade do bom *coping*) distingue os dois grupos profissionais, com os cuidadores a revelarem um *coping* mais diferenciado.

Observando o comportamento fatorial do Brief COPE na subamostra dos PS ao longo do gradiente de capacidade para o trabalho, de moderado a excelente, verificamos cinco grandes diferenças. Em primeiro lugar, o perfil de *bom coping* revela-se mais complexo que o de *mau coping*, quer pelo maior número de fatores, quer pela maior complexidade e diferenciação da dimensão de *Coping Ativo*. Em segundo lugar, o padrão de *coping* do grupo com ICT moderado é mais escapista, enquanto o *coping* dos grupos com melhor ICT é mais confrontador. Com efeito, no grupo dos PS com ICT moderado a dimensão *Coping Ativo* surgiu agregada às dimensões do *coping* de evitamento ou desligamento. Aparentemente, os cuidadores com melhor *coping* tentam enfrentar o stresse, se não for possível tentam então recriar o significado da transação de stresse, e só depois se desligam da mesma, enquanto os cuidadores com pior *coping* parecem assumir o evitamento como opção de primeira linha. Em terceiro lugar, o peso do apoio social diminui à medida que a qualidade do *coping* aumenta, como se pode depreender pela diminuição da variância explicada do grupo Moderado para os Bom e Excelente. Uma quarta constatação prende-se com as aparentes funções do recurso ao apoio social: enquanto no *mau coping*, o recurso ao apoio social parece assumir uma função de amparo (o fator inclui a dimensão de Aceitação, que parece depender, portanto, dos outros), no *bom coping* o recurso ao apoio social assume também uma função instrumental. Por fim, o humor deixa de ser usado como ação escapista no *mau coping*, para passar a ser utilizado como suporte da aceitação e da reinterpretação cognitiva no *bom coping*.

Entre os NPS a evolução do perfil de *coping* é menos diferenciada que o verificado no grupo dos cuidadores. Desde logo, as análises efetuadas revelaram uma estrutura muito semelhante ao longo do contínuo *mau coping/bom coping*, quer no número de fatores (que se manteve ao longo dos três grupos), quer na configuração fatorial do padrão de *coping* em cada grupo. A título de exemplo registre-se a manutenção da constituição do fator Busca de Apoio Social. De novo, observa-se uma evolução de um *coping* mais escapista para um *coping* mais confrontador, ainda que aparentemente menos confrontador que o verificado entre os PS. De facto, a primazia do Uso de Apoio Social em termos de variância explicada no grupo com ICT Excelente, ao contrário do que se verifica no grupo com ICT Bom, poderá indiciar isso mesmo. Em todo o caso, à medida que o *coping* melhora, as dimensões de Desligamento tornam-se

menos poderosas. Da mesma forma, à medida que o *coping* melhora, o humor passa a apoiar a distração, enquanto a religião passa a suportar a aceitação.

### 5.3.2. Estudo da relação entre os fatores psicossociais do trabalho e o *coping*

A segunda grande questão investigacional do presente estudo pretende inquirir em que medida a escolha das estratégias de *coping* dos profissionais de colarinho branco é influenciada pelos fatores psicossociais do trabalho. Recordamos que assumimos teoricamente que o ambiente psicossocial do trabalho tanto pode ser uma fonte de causas de stresse como um recurso de *coping* (Cf. Capítulos 2 e 3). Interessa-nos sobretudo olhar para os fatores psicossociais não como stressores, mas sim como atributos organizacionais que condicionam a escolha de determinadas estratégias de *coping*. É expectável, do ponto de vista teórico, que o bom *coping* no trabalho seja suportado e facilitado pelos fatores psicossociais do trabalho.

Estudámos a associação entre os fatores psicossociais e o *coping* através da análise da correlação. Os resultados são expostos na Tabela 5.27. Uma dupla constatação resulta imediata: por um lado, todas as dimensões de *coping* apresentam correlações estatisticamente significativas com pelo menos um fator psicossocial (em pelo menos uma subamostra considerada); por outro lado, todos os coeficientes de correlação estatisticamente significativos apresentam valores muito baixos. Na realidade, o valor de correlação mais elevado, e que representa um efeito estatístico médio (Cohen, 1988), foi de apenas .30 (e único), enquanto o valor mais baixo foi de .04, e registado várias vezes. Há aliás bastantes casos em que os coeficientes se aproximam do zero (e.g., inferiores a .10), indiciando praticamente ausência de relação. Cohen (1988) discute os efeitos pequenos dos valores de correlação rondando os .10 de duas maneiras. Por um lado, considera que a correlação talvez não seja tão pequena, atendendo ao ruído que sempre acompanha a operacionalização de constructos teóricos em manipulação de medidas e sujeitos, que contribui para atenuar a correlação *medida* entre constructos. Por outro lado, acrescenta que em amostras suficientemente grandes (como é a nossa), que fazem diminuir a probabilidade de erro estatístico, se torna difícil distinguir valores de .10 da ausência de correlação. Em todo o caso, sendo a correlação parcial e tendencialmente fraca, pode-se concluir que não existe uma relação forte entre os fatores psicossociais e o *coping*. Estes resultados parecem confirmar de modo insatisfatório a nossa hipótese teórica: apesar de se verificar empiricamente uma associação entre algumas dimensões do *coping* e alguns fatores psicossociais no trabalho, a correlação genérica entre ambos é tão baixa que nos obriga a concluir que o *coping* não parece depender dos fatores psicossociais tanto quanto se esperava.

Face a esta dupla constatação, e tendo em conta que o grande volume de dados (Cf. Tabela 5.27) muito dificultaria a interpretação de cada um isoladamente, optámos por estabelecer dois pontos de corte de modo a destacar na leitura dos resultados apenas aqueles com os valores de correlação mais elevados entre os verificados. Considerando que  $r=.30$  representará um efeito médio e  $r=.10$  traduzirá muito provavelmente ausência de correlação (Cohen, 1988), definimos os valores de .15 e .20 como pontos de corte e desprezámos a interpretação dos resultados abaixo desses valores, por se aproximarem (mais ainda) do ponto de ausência de correlação. Assumimos, portanto, dois intervalos interpretativos, um de menor dependên-

cia relativa (.15 a .19) e outro de maior dependência relativa (.20 a .29) entre as duas variáveis, para além do único valor mais consistente verificado (.30). Repetimos, porém, que as correlações verificadas entre o *coping* e os fatores psicossociais do trabalho são muito reduzidas.

As dimensões de *coping* que mais parecem depender dos fatores psicossociais do trabalho são, por ordem decrescente, o (1) Desinvestimento Comportamental, (2) Reinterpretação Positiva, (3) *Coping* Ativo, (4) Planeamento, (5) Negação, (6) Autoculpabilização, (7) Suporte Emocional, (8) Autodistração e (9) Uso de Substâncias, tendo em conta o número total de correlações superiores a .15 (respetivamente: 47, 38, 29, 19, 16, 12, 10, 9 e nove; Cf. Tabela 5.27). Destacamos as seis primeiras na medida em que são as únicas a apresentarem correlações superiores a .20 nas três subamostras por dimensão psicossocial considerada. Entre estas seis primeiras dimensões do *coping*, por seu lado, sobressaem o Desinvestimento Comportamental e a Reinterpretação Positiva porque são mais sensíveis aos fatores psicossociais, apresentando cada uma quatro grupos de correlações superiores a .20 (ou seja, nas três subamostras estudadas) por fator psicossocial. Entre as nove dimensões de *coping* acima identificadas, descontamos o Uso de Substâncias, a Autoculpabilização e a Negação porque se correlacionam apenas (as duas primeiras) ou maioritariamente (a negação) com os fatores psicossociais relativos à saúde e bem-estar. Assim, após esta depuração interpretativa, agrupamos em três níveis as dimensões de *coping* que mais dependem dos fatores psicossociais referentes à organização do trabalho: Desinvestimento Comportamental e Reinterpretação Positiva (maior dependência), *Coping* Ativo e Planeamento (dependência intermédia) e Autodistração e Uso de Suporte Emocional (menor dependência, porquanto são as duas com menor número de correlações e sem nenhuma superior a .20 em três subamostras simultaneamente).

Os resultados sugerem, por outro lado, que as dimensões de *coping* de Uso de Suporte Instrumental, Religião, Aceitação, Expressão de Sentimentos e Humor praticamente não dependem dos fatores psicossociais do trabalho. As três primeiras não apresentam qualquer correlação significativa superior ao ponto de corte mínimo por nós definido (.15). As correlações das duas últimas registam-se apenas na dimensão psicossocial referente à saúde e bem-estar (com exceção de uma correlação entre a Expressão de Sentimentos e os Conflitos de Papel na subamostra dos PS).

Anteriormente discutimos a diferente natureza de alguns fatores psicossociais, em particular aqueles que emanam da organização e realização do trabalho, e aqueles outros atribuíveis quer ao estatuto de saúde quer à personalidade dos indivíduos (Cf. Capítulo 2.1), e sugerimos mesmo diferenciá-los quer do ponto de vista concetual (Cf. Capítulo 3), quer metodológico (Cf. Capítulo 4). Nesta conformidade, e olhando para a interpretação dos resultados acima proposta, podemos concluir que as dimensões de *coping* que dependem de modo minimamente substancial dos fatores psicossociais exclusivamente relacionados com o trabalho são o Desinvestimento Comportamental, Reinterpretação Positiva, *Coping* Ativo, Planeamento, Autodistração e Uso de Suporte Emocional.

Até ao momento, analisámos a correlação entre os fatores psicossociais e o *coping* a partir deste último; de seguida, invertemos a ordem de análise, procurando destacar as dimensões psicossociais do trabalho que mais influenciam o *coping*, bem como aquelas aparentemente independentes do mesmo.

Tabela 5.27. Estudo correlacional entre dimensões do coping e fatores psicossociais do trabalho

Total: N=2804; Profissionais de saúde: n=869; Não profissionais de saúde: n=1935														
Fatores psicossociais (COPSOQ)	Dimensões de coping (Brief COPE)													
	CA	P	SI	SE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H
<b>Exigências laborais</b>														
Exigências quantitativas														
Total	--	--	--	--	--	.07	-.10	--	-.06	--	--	--	--	--
Prof Saúde	--	--	--	--	--	--	-.10	--	-.12	-.09	--	-.11	-.08	--
Não Prof Saúde	--	--	--	--	--	.08	-.10	--	-.05	--	--	--	--	--
Ritmo de trabalho														
Total	--	-.08	--	--	--	--	-.07	--	-.04	--	--	--	-.05	-.04
Prof Saúde	--	-.09	--	--	--	--	--	--	-.10	-.08	--	-.08	-.09	--
Não Prof Saúde	-.06	-.08	--	--	--	--	-.08	--	--	--	--	--	--	--
Exigências cognitivas														
Total	-.17	-.23	--	--	-.06	-.16	-.06	-.08	--	--	--	.12	--	-.05
Prof Saúde	-.16	-.24	--	--	--	-.15	--	-.11	--	--	.07	.18	--	--
Não Prof Saúde	-.17	-.23	--	-.04	-.07	-.16	-.07	-.07	--	--	--	.10	.05	-.07
Exigências emocionais														
Total	--	-.17	-.13	-.16	-.10	-.07	-.13	-.07	-.12	--	-.07	--	--	--
Prof Saúde	--	-.14	-.09	-.17	--	--	--	--	-.12	--	--	--	--	--
Não Prof Saúde	--	-.18	-.10	-.10	-.13	-.10	-.14	-.08	-.10	--	-.07	--	--	--
<b>Org. e conteúdo do trabalho</b>														
Influência no trabalho														
Total	-.15	-.16	-.05	.13	--	-.18	--	-.06	.06	.09	.10	.13	--	-.06
Prof Saúde	-.18	-.13	-.08	.15	--	-.18	--	--	--	.09	.14	.16	--	-.07
Não Prof Saúde	-.15	-.17	--	.12	--	-.18	--	-.06	.05	.09	.08	.12	--	-.06
Possibilidades de desenv.														
Total	-.18	-.22	--	--	-.05	-.17	--	-.09	--	.09	.05	.16	.06	-.06
Prof Saúde	-.21	-.19	--	--	--	-.20	--	-.07	--	.10	.14	.22	--	--
Não Prof Saúde	-.17	-.23	-.05	--	-.05	-.16	-.05	-.09	--	.08	--	.13	.07	-.07
Significado do trabalho														
Total	-.18	-.20	--	--	.05	-.20	--	-.07	--	.08	.10	.22	.09	-.05
Prof Saúde	-.15	-.17	--	--	.10	-.20	.07	-.06	--	.12	.19	.28	.10	--
Não Prof Saúde	-.19	-.22	--	--	-.06	-.20	--	-.07	.05	.05	.07	.20	.08	-.05



Tabela 5.27. (Cont.)

	CA	P	SI	SE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H
Compromisso com trabalho														
Total	-.13	-.13	-.07	--	--	-.11	-.08	-.04	--	--	.07	.14	.04	--
Prof Saúde	--	-.09	--	--	--	-.07	--	--	--	--	.16	.13	--	--
Não Prof Saúde	-.15	-.14	-.08	--	--	-.13	-.09	--	--	--	--	.14	--	-.06
<b>Relações sociais e liderança</b>														
Previsibilidade														
Total	-.13	-.13	--	-.11	--	-.17	--	-.06	.12	.11	.11	.19	--	--
Prof Saúde	-.12	-.06	--	.08	--	-.13	--	--	--	.13	.19	.23	--	--
Não Prof Saúde	-.13	-.16	--	.12	--	-.18	--	-.07	.14	.10	.07	.17	.09	-.05
Recompensas (reconhec.)														
Total	-.16	-.14	--	.12	--	-.18	--	-.07	.12	.13	.13	.21	.07	-.05
Prof Saúde	-.14	-.10	--	.12	--	-.16	--	-.07	.08	.14	.22	.25	--	--
Não Prof Saúde	-.16	-.16	--	.11	--	-.19	--	-.07	.13	.13	.10	.19	.08	-.06
Clareza do papel														
Total	-.14	-.17	--	.09	--	-.13	--	-.06	.06	.08	.11	.21	.06	--
Prof Saúde	-.15	-.14	--	.07	--	-.13	--	--	--	.09	.19	.28	--	--
Não Prof Saúde	-.13	-.18	--	.11	--	-.14	--	-.07	.08	.06	.09	.18	.07	--
Conflitos de papel														
Total	--	--	--	--	--	.06	-.08	--	-.11	-.11	-.07	-.09	-.06	-.05
Prof Saúde	--	--	--	--	--	.07	-.07	--	-.16	-.11	-.08	-.12	-.07	-.07
Não Prof Saúde	--	--	--	--	--	.06	-.09	--	-.09	-.10	-.06	-.09	-.05	--
Qualidade da liderança														
Total	-.12	-.10	--	.09	--	-.18	--	--	.09	.05	.08	.16	--	-.07
Prof Saúde	-.10	--	--	.12	--	-.18	--	--	--	.09	.14	.25	--	-.07
Não Prof Saúde	-.13	-.12	--	.07	-.06	-.18	--	-.05	.09	--	.06	.12	--	-.07
Apoio social de superiores														
Total	-.10	-.10	--	.08	--	-.13	--	-.05	.10	.11	.11	.17	.09	--
Prof Saúde	-.07	-.07	--	--	--	-.13	--	--	--	.09	.17	.18	.11	--
Não Prof Saúde	-.10	-.11	--	.08	--	-.13	--	--	.11	.12	.09	.16	.08	--
Apoio social de colegas														
Total	.06	.04	--	-.07	-.05	.09	-.09	--	-.09	-.13	-.07	-.13	-.09	--
Prof Saúde	--	--	--	--	--	.13	-.10	--	--	-.13	-.09	-.14	-.11	--
Não Prof Saúde	.07	.06	--	-.08	-.09	.08	-.07	--	-.10	-.12	-.06	-.13	-.09	--

Tabela 5.27. (Cont.)

	CA	P	SI	SE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H
<b>Interface traba.-indivíduo</b>														
Insegurança no trabalho														
Total	.06	--	--	-.08	--	.06	-.08	--	--	-.16	-.09	-.07	--	--
Prof Saúde	.09	-.06	-.06	-.09	--	--	-.10	--	.08	-.20	-.15	-.12	--	--
Não Prof Saúde	.05	--	--	-.10	-.05	.06	-.07	--	-.05	-.14	-.07	-.06	--	--
Satisfação no trabalho														
Total														
Prof Saúde	-.17	-.12	--	.10	--	-.19	.04	-.09	.12	.09	.10	.22	.09	-.06
Não Prof Saúde	-.13	-.09	--	.14	--	-.17	.11	--	.08	.15	.20	.26	.08	--
	-.18	-.14	--	.07	--	-.20	--	-.11	.13	.07	.05	.20	.09	-.07
Conflito Trabalho/Família														
Total														
Prof Saúde	--	-.06	--	--	--	.05	-.14	--	-.05	-.08	--	-.04	-.08	--
Não Prof Saúde	--	--	--	--	--	.09	-.12	--	--	-.14	--	-.08	--	--
	--	-.06	--	--	-.07	--	-.14	--	-.05	-.06	--	--	-.10	--
<b>Valores no trabalho</b>														
Confiança nos superiores														
Total	-.10	-.09	--	.08	--	-.13	--	-.05	.10	.11	.11	.17	.09	--
Prof Saúde	-.07	-.07	--	--	--	-.13	--	--	.06	.09	.17	.18	.11	--
Não Prof Saúde	-.10	-.11	--	.08	--	-.13	--	--	.11	.12	.09	.16	.08	--
Confiança nos colegas														
Total	.07	.04	--	-.07	-.06	.10	-.07	--	-.09	-.13	-.07	-.13	-.09	--
Prof Saúde	--	--	--	--	--	.13	-.10	--	-.07	-.13	-.09	-.14	-.11	--
Não Prof Saúde	--	.06	--	-.08	-.09	.08	-.07	--	-.10	-.12	-.06	-.13	-.09	--
Justiça														
Total	-.11	-.07	--	.10	--	-.14	--	--	.12	.09	.09	.16	.07	--
Prof Saúde	-.10	--	--	.13	--	-.14	--	-.07	.07	.14	.17	.19	--	--
Não Prof Saúde	-.11	-.07	--	.09	--	-.14	--	--	.14	.07	.06	.15	.07	--
Comunidade social no trab.														
Total	-.11	-.11	--	.08	--	-.15	--	-.05	.08	.07	.06	.15	.07	-.09
Prof Saúde	-.08	-.08	--	.11	--	-.11	.08	--	--	.11	.12	.17	--	--
Não Prof Saúde	-.12	-.13	--	.06	--	-.17	--	-.07	.09	.05	--	.14	.08	-.10

Tabela 5.27. (Cont.)

	CA	P	SI	SE	R	RP	AC	A	ES	N	AD	DC	US	H
<b>Personalidade</b>														
Autoeficácia	-.21	-.16	.07	.15	--	-.22	.08	-.08	.08	.10	.11	.21	.08	-.09
Total	-.20	-.13	.06	.18	--	-.26	.10	-.12	--	.18	.18	.30	.10	-.10
Prof Saúde	-.21	-.19	.06	.12	--	-.21	.07	-.07	.08	.08	.08	.17	.08	-.09
Não Prof Saúde														
<b>Saúde e bem-estar</b>														
Saúde geral														
Total	-.15	-.08	--	.05	--	-.17	.04	-.08	--	.11	--	.14	.12	-.15
Prof Saúde	-.14	--	--	--	--	-.15	--	--	--	.12	.10	.11	.13	-.11
Não Prof Saúde	-.15	-.12	--	.06	--	-.18	--	-.09	--	.10	--	.15	.11	-.17
Stresse														
Total	.17	.08	-.07	-.17	-.05	.22	-.20	.07	-.16	-.23	-.13	-.22	-.17	.12
Prof Saúde	.20	.08	--	-.15	--	.23	-.21	.09	-.08	-.25	-.13	-.22	-.15	.13
Não Prof Saúde	.15	.09	-.08	-.18	-.07	.22	-.20	.05	-.20	-.22	-.14	-.22	-.18	.11
Burnout														
Total	.12	--	-.08	-.17	-.08	.13	-.19	--	-.14	-.21	-.13	-.19	-.16	.06
Prof Saúde	.16	--	-.08	-.17	--	.16	-.18	--	--	-.23	-.14	-.22	-.14	.09
Não Prof Saúde	.10	--	-.07	-.17	-.11	.12	-.19	--	-.16	-.20	-.12	-.18	-.17	.05
Problemas em dormir														
Total	.08	--	-.04	-.06	-.08	.12	-.15	--	-.05	-.19	.07	-.14	-.15	.05
Prof Saúde	.10	.08	--	--	--	.11	-.16	--	--	-.18	-.09	-.12	-.13	--
Não Prof Saúde	.07	--	-.06	-.09	-.12	.12	-.15	--	-.08	-.19	-.07	-.15	-.15	.05
Sintomas depressivos														
Total	.18	.10	--	-.11	-.05	.22	-.20	.05	-.11	-.23	-.10	-.24	-.18	.12
Prof Saúde	.25	.10	--	-.09	--	.24	-.16	.05	--	-.28	-.10	-.26	-.14	.10
Não Prof Saúde	.15	.10	--	-.14	-.07	.21	-.22	--	-.15	-.21	-.10	-.24	-.19	.13
<b>Comportamentos ofensivos</b>														
Bullying														
Total	--	--	-.07	-.10	-.07	.07	--	--	-.11	-.11	-.07	-.14	-.09	--
Prof Saúde	--	--	-.08	-.09	-.08	--	--	--	-.11	-.14	-.08	-.16	--	--
Não Prof Saúde	--	--	-.05	-.08	-.06	.08	--	--	-.10	-.10	-.07	-.13	-.11	--

Apresentam-se apenas os coeficientes estatisticamente significativos ( $p < .05$ ). **CA:** coping ativo; **P:** planeamento; **SI:** suporte instrumental; **SE:** suporte emocional; **R:** religião; **RP:** reinterpretção positiva; **AC:** autculpabilização; **A:** aceitação; **ES:** expressão de sentimentos; **N:** negação; **AD:** autodistração; **DC:** desinvestimento comportamental; **US:** uso de substâncias (medicamento/álcool); **H:** humor.

Os fatores psicossociais que aparentam influenciar o *coping* podem ser divididos em quatro grupos, em função da intensidade genérica da sua influência, tal como é sugerida pelos resultados. O primeiro grupo compreende os fatores que apresentam uma correlação mais forte com o *coping*, os quais são o (1) Stresse, (2) Sintomas Depressivos, (3) *Burnout*, (4) Significado do Trabalho, (5) Autoeficácia, (6) Satisfação no Trabalho, e (7) Exigências Cognitivas. Estes sete fatores psicossociais são aqueles que apresentam maior número de correlações superiores a .15 (respetivamente: 23, 18, 17, 13, 12, 10 e 10) e pelo menos uma correlação superior a .20 comum a todas as subamostras para uma dada dimensão do *coping*. O segundo grupo é constituído pelos fatores (1) Recompensas (Reconhecimento), (2) Possibilidades de Desenvolvimento, (3) Previsibilidade, (4) Clareza do Papel, (5) Qualidade da Liderança e (6) Insegurança no Trabalho. O critério com que agrupámos estes seis fatores foi a verificação de pelo menos uma correlação superior a .20. O terceiro grupo inclui (1) Influência no Trabalho, (2) Problemas em Dormir e (3) Saúde Geral, que apresentam correlações superiores a .15 e inferiores a .20. Por fim, o quarto grupo inclui aquelas dimensões em que se registaram correlações com apenas uma ou duas dimensões do *coping* (com exceção das dimensões Insegurança no Trabalho e Qualidade da Liderança, que registaram cada uma duas correlações, mas com uma delas sendo superior a .20), a saber: (1) Exigências Emocionais; (2) Confiança nos Superiores; (3) Justiça (estas correlacionaram-se com duas dimensões de *coping*); (4) Conflito de Papel; (5) Apoio Social dos Superiores; (6) Comunidade Social no Trabalho; e (7) *Bullying*.

As dimensões psicossociais do trabalho que aparentemente não influenciam o *coping* são (1) Exigências Quantitativas, (2) Ritmo de Trabalho, (3) Compromisso com o Trabalho, (4) Apoio Social dos Colegas, (5) Conflito Trabalho/Família e (6) Confiança nos Colegas. Nenhuma destas variáveis apresentou qualquer correlação com qualquer dimensão do *coping* acima do ponto de corte por nós definido para a interpretação dos resultados (.15).

Seguindo o critério de diferenciação dos fatores psicossociais que utilizámos acima (para a interpretação dos resultados tendo por referência as dimensões do *coping*), propomos reinterpretar estes resultados isolando o fator Autoeficácia (relativo à personalidade) e os fatores Saúde Geral, Stresse, *Burnout*, Problemas em Dormir, e Sintomas Depressivos (relativos à Dimensão Saúde e Bem-estar, que pode ser entendida como uma consequência da interação das restantes variáveis). Adicionalmente propomos seguir, tanto quanto possível, as denominações dos agrupamentos fatoriais revelados no presente estudo por nós sugeridas (Cf. Tabela 5.6).

Os fatores psicossociais que mais se correlacionam com o *coping* são claramente a Saúde e o Bem-estar (designadamente, o Stresse [sintomas], os Sintomas Depressivos e o *Burnout*), a Personalidade (Autoeficácia), o Significado do Trabalho, a Satisfação no Trabalho e as Exigências Cognitivas. Note-se que a satisfação no trabalho é amiúde assumida como uma variável dependente em estudos relacionados com o stresse no trabalho (e.g., Mota Cardoso et al, 2002). Neste sentido, se a associarmos concetualmente aos primeiros três fatores (também eles assumidos como indicadores da saúde no trabalho), sobram o Significado do Trabalho e as Exigências Cognitivas enquanto mais fortes na determinação do *coping*. O primeiro remete-nos para os processos cognitivos de atribuição de significado (intimamente associados

à avaliação cognitiva na base dos processos de stresse e de *coping*), porquanto o segundo fator nos remete para a natureza mental dos profissionais que estudámos. As exigências cognitivas, por sua vez, associam-se com a Possibilidade de Desenvolvimento (originalmente no segundo grupo) e com as Exigências Emocionais (originalmente no quarto grupo de poder de influência), tornando o fator que designámos por Desafios Psicológicos do Trabalho uma importante dimensão associada ao *coping*. O segundo grande grupo de fatores psicossociais que parece influenciar o *coping* inclui todo o fator que designámos por Segurança Psicológica no Trabalho (Recompensas/Reconhecimento, Previsibilidade, Insegurança no Trabalho, incluídas no anterior segundo grupo de maior influência, e a Confiança e a Justiça, incluídos originalmente no grupo de mais fraca influência), e os fatores que resultaram isolados no nosso estudo fatorial, Clareza do Papel e Qualidade da Liderança. Um grupo final de fatores, de poder mais modesto, inclui a Influência no Trabalho, o Conflito de Papel, o Apoio Social dos Superiores, os Comportamentos Ofensivos e a Solidariedade (Comunidade Social no Trabalho). Os fatores psicossociais de que aparentemente o *coping* não depende são a Carga de trabalho (Exigências Quantitativas e Ritmo de Trabalho), o Conflito Trabalho/Família e a Confiança nos Colegas (dimensões que resultaram em fatores isolados no presente estudo), e os fatores Compromisso com o Trabalho e Apoio Social dos Colegas.

Por fim, propomo-nos interpretar os resultados do estudo correlacional entre o *coping* e os fatores psicossociais tendo por referência os grupos profissionais. Primeiro, identificamos as regularidades ao nível do *coping* transversais aos dois grupos profissionais assim como as especificidades de cada grupo, considerando apenas as dimensões de *coping* anteriormente selecionadas com base no critério do ponto de corte superior a .15. Secundariamente a essa comparação, tentamos destacar os fatores psicossociais que os resultados sugerem contribuir para o perfil do *bom coping* em cada um dos tipos de trabalho. Centramo-nos preferencialmente na correlações superiores a .20, não dispensando a referência àquelas superiores a .15 quando relevante. Recordamos que a interpretação dos dados da Tabela 5.27 deve inverter o sentido das correlações, uma vez que a escala de resposta da COPSQ utilizada no presente estudo se apresentava em sentido inverso. A análise baseia-se na síntese das correlações significativas apresentada na Tabela 5.28 e é apresentada seguidamente por tópicos. Antes, importa destacar que nenhuma das dimensões de *coping* é exatamente igual nos dois grupos profissionais, apesar de a maior parte deles partilhar correlações com os mesmos fatores psicossociais.

- A Autoculpabilização será a dimensão de *coping* passível de ser considerada igual quer nos cuidadores, quer nos não cuidadores, se descontarmos a maior intensidade da correlação com os sintomas depressivos entre os NPS. Note-se que ela se associa (negativa e) unicamente com aspetos relativos à saúde e bem-estar.
- A Reinterpretação Positiva é a segunda dimensão de *coping* a revelar maior similitude nos dois tipos de profissão, pois é aquela em que há mais fatores psicossociais comuns aos dois grupos profissionais, quer em termos estruturais, quer em termos de intensidade. As duas únicas diferenças prendem-se com a associação da Reinterpretação Positiva com a Previsibilidade apenas registada nos NPS e com a intensidade da Possibilidades de Desenvolvimento (maior nos cuidadores) e da Satisfação Profissional (maior nos não cuidadores).

Tabela 5.28. Síntese das correlações mais significativas entre o coping e os fatores psicossociais

Dimensões do coping	Fatores psicossociais	
	Profissionais de saúde	Não profissionais de saúde
<i>Coping</i> ativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Exigências cognitivas</li> <li>↗ Influência no trabalho</li> <li>↗ Significado do trabalho</li> <li>↗ <b>Autoeficácia</b></li> <li>↗ <b>Possibilidades de desenvolvimento</b></li> <li>↗ Clareza do papel</li> <li>↘ <b>Stresse</b></li> <li>↘ <i>Burnout</i></li> <li>↘ <b>Sintomas depressivos</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Possibilidades de desenvolvimento</li> <li>↗ Recompensas (reconhecimento)</li> <li>↗ Satisfação no trabalho</li> <li>↗ Saúde geral</li> <li>↘ Stresse</li> <li>↘ Sintomas depressivos</li> </ul>
Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ <b>Exigências cognitivas</b></li> <li>↗ Exigências emocionais</li> <li>↗ Influência no trabalho</li> <li>↗ Clareza do papel</li> <li>↗ Significado do trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ <b>Significado do trabalho</b></li> <li>↗ Previsibilidade</li> <li>↗ Recompensas (reconhecimento)</li> <li>↗ Autoeficácia</li> </ul>
Suporte emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Exigências emocionais</li> <li>↘ Autoeficácia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Stresse</li> <li>↗ <i>Burnout</i></li> </ul>
Reinterpretação positiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Exigências cognitivas</li> <li>↗ Influência no trabalho</li> <li>↗ <b>Significado do trabalho</b></li> <li>↗ Recompensas (reconhecimento)</li> <li>↗ Qualidade da liderança</li> <li>↗ <b>Autoeficácia</b></li> <li>↗ Saúde geral</li> <li>↘ <b>Stresse</b></li> <li>↘ <i>Burnout</i></li> <li>↘ <b>Sintomas depressivos</b></li> <li>↗ <b>Possibilidades de desenvolvimento</b></li> <li>↗ Satisfação no trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Possibilidades de desenvolvimento</li> <li>↗ Previsibilidade</li> <li>↗ <b>Satisfação no trabalho</b></li> </ul>
Autoculpabilização	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Sintomas depressivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↗ <b>Stresse</b></li> <li>↗ <i>Burnout</i></li> <li>↗ Problemas em dormir</li> <li>↗ <b>Sintomas depressivos</b></li> </ul>

Tabela 5.28. (Cont.)

Dimensões do <i>coping</i>	Fatores psicossociais	
	Profissionais de saúde	Não profissionais de saúde
Expressão de sentimentos	↗ Conflitos de papel	↗ <b>Stresse</b> ↗ <i>Burnout</i> ↗ Sintomas depressivos
Negação	↘ Satisfação no trabalho ↘ Autoeficácia	↗ <b>Stresse</b> ↗ <b><i>Burnout</i></b> ↗ Problemas em dormir ↗ <b>Sintomas depressivos</b>
Autodistração	↘ Significado do trabalho ↘ Previsibilidade ↘ Clareza do papel ↗ Insegurança no trabalho ↘ Confiança nos superiores ↘ Justiça ↘ Autoeficácia	
Desinvestimento comportamental	↘ Exigências cognitivas ↘ Influência no trabalho ↘ <b>Possibilidades de desenvolvimento</b> ↘ <b>Previsibilidade</b> ↘ <b>Recompensas (reconhecimento)</b> ↘ <b>Clareza do papel</b> ↘ <b>Qualidade da liderança</b> ↘ Comunidade social no trabalho ↘ <b>Autoeficácia</b> ↗ <b><i>Burnout</i></b> ↗ <i>Bullying</i>	↘ <b>Significado do trabalho</b> ↘ <b>Satisfação no trabalho</b> ↘ Apoio social dos superiores ↘ Confiança nos superiores ↘ Justiça ↗ <b>Stresse</b> ↗ <b>Sintomas depressivos</b> ↘ Previsibilidade ↘ Recompensas (reconhecimento) ↘ Clareza do papel ↘ Autoeficácia ↘ Saúde geral ↗ <i>Burnout</i> ↗ Problemas em dormir
Uso de substâncias		↗ Stresse ↗ <i>Burnout</i> ↗ Problemas em dormir ↗ Sintomas depressivos
Humor		↗ Saúde geral

Apresentam-se apenas as correlações estatisticamente significativas com coeficientes superiores a .15; a **negrito** indicam-se as correlações superiores a .20 e a **negrito sombreado** a correlação igual a .30; ↗: correlação positiva; ↘: correlação negativa.

- Os resultados parecem indicar que o uso da negação enquanto forma de lidar com o stresse do trabalho é função da saúde e bem-estar em ambos os grupos profissionais. Todos os profissionais de trabalhos mentais usam mais a negação à medida que a saúde e o bem-estar pioram, com a diferença que a negação é também sensível, entre os PS, à reduzida satisfação no trabalho e à menor autoeficácia;
- O *Coping* Ativo é muito semelhante nos dois grupos profissionais. Ele é influenciado pela Autoeficácia (correlação mais forte entre as comuns), pela presença de Exigências Cognitivas, pela Influência no Trabalho, pelo Significado do Trabalho e pela Possibilidade de Desenvolvimento (correlação mais forte nos PS). Nestes últimos, o *Coping* Ativo correlaciona-se ainda com a maior Clareza do Papel, enquanto nos não cuidadores se relaciona com as Recompensas/Reconhecimento, a Satisfação no Trabalho e a Saúde Geral. Em ambos os grupos, o *Coping* Ativo é afetado negativamente pelo Stresse e Sintomas Depressivos, ambos mais fortes nos PS.
- Verificam-se quatro diferenças entre os PS e os NPS no uso do Planeamento, uma de intensidade (o Significado do Trabalho parece ser mais reforçador para os não cuidadores) e as restantes de natureza estrutural: para os NPS, o Planeamento depende também da Previsibilidade, das Recompensas e da Autoeficácia. Para ambos os grupos, o Planeamento surge associado às Exigências Cognitivas e Emocionais, à Influência no Trabalho e à Clareza do Papel.
- O recurso ao suporte emocional é usado por ambos os grupos quando aumenta o stresse e o *burnout*, sendo que os PS o parecem usar também quando aumentam as exigências emocionais e diminui a percepção de autoeficácia.
- O desinvestimento comportamental é a estratégia de *coping* mais sensível aos fatores psicossociais do trabalho, como verificámos já. Como facilmente se observa na Tabela 5.28, essa maior sensibilidade replica-se nos dois grupos profissionais, tendo em conta a grande quantidade de fatores listados. Trata-se ainda da dimensão de *coping* mais complexa em ambos os grupos profissionais (a ela nos referimos de seguida, reportando-nos à denominação dos fatores extraídos no presente estudo), bem como aquela onde se registam as maiores diferenças em termos de intensidade das correlações entre os dois grupos. Os PS desistem de lidar com as situações stressoras sobretudo por razões ligadas à diminuição das exigências psicológicas, à menor qualidade da liderança, à menor solidariedade (comunidade social no trabalho) e aos comportamentos ofensivos (*bullying*). São ainda mais sensíveis do que os seus colegas fora da área da saúde às questões relacionadas com a segurança psicológica no trabalho (nomeadamente, a previsibilidade, o reconhecimento e a clareza do papel). Em ambos os grupos o estatuto de saúde e bem-estar parece ser determinante no desligar dos problemas, ainda que nos cuidadores seja mais intenso (*burnout*) e nos não cuidadores mais complexo (pior saúde geral e problemas de sono). Por fim, o desinvestimento comportamental é influenciado pela autoeficácia em ambos os tipos de profissionais, embora os da saúde sejam particularmente sensíveis a esse fator; com efeito, trata-se da correlação mais alta verificada no estudo (.30), sugerindo que os PS que se julgam menos capazes são os que mais tentam escapar das situações stressoras do trabalho.
- O Uso de Substâncias associa-se aos Sintomas de Stresse em ambos os grupos. Os resultados sugerem, porém, que o recurso a remédios ou álcool parece ser mais frequente entre os NPS sempre que a saúde e o bem-estar são afetados.



- Os NPS expressam mais os sentimentos quando são apoquentados pelos sintomas de stresse, *burnout* e depressão, ao passo que os PS parecem fazê-lo unicamente quando estão envolvidos em conflitos associados ao papel.
- A autodistração só é sensível ao ambiente psicossocial do trabalho entre os PS. Quando sentem menor segurança psicológica no trabalho, menor significado e menor clareza do papel, e quando são menos autoeficazes, os cuidadores tendem a refugiar-se noutras atividades para não pensar no stresse do trabalho.
- A boa saúde geral parece promover o uso de humor entre os NPS.

Concluindo, as dimensões de *coping* mais relacionadas com os fatores psicossociais que parecem ser mais sensíveis ao tipo de profissão são o Humor, a Autodistração, a Negação, o Uso de Substâncias e o Desinvestimento Comportamental. Apesar de semelhantes, o *Coping* Ativo, o Planeamento, o Uso de Suporte Emocional e a Negação assumem cambiantes interessantes entre os dois grupos profissionais. Finalmente, a Autoculpabilização e a Reinterpretação Positiva parecem ser as dimensões de *coping* correlacionadas com os fatores psicossociais que menos dependem do tipo de profissão.

## 5.4. Modelos de previsão da capacidade de trabalho

Concluimos os estudos estatísticos testando modelos de previsão da capacidade para o trabalho a partir das variáveis fatores psicossociais do trabalho, *coping* e sociodemográficas (sexo, estado civil, idade, anos de serviço e grupo profissional). Pretendíamos saber se é possível prever a capacidade para o trabalho com base naquelas variáveis. Para isso, testámos dois modelos de regressão nas três populações amostrais, um linear múltiplo e outro ordinal. O modelo de regressão linear múltiplo pressupõe como variável dependente o índice de capacidade para o trabalho na sua forma quantitativa (ou seja, um índice  $x$  no intervalo entre 7 e 49), enquanto o modelo de regressão ordinal assume o ICT na sua forma categorial (ou seja, nas classes Pobre, Moderado, Bom e Excelente). Além de podermos obter dois tipos de previsão relativa à capacidade para o trabalho, a opção pelos dois modelos pode possibilitar a confirmação mútua de resultados e, no caso da regressão ordinal, permite testar o acerto das previsões fornecidas pelo modelo. Apresentamos os resultados de ambos nas Tabelas 5.29 e 5.30.

A análise da regressão linear múltipla suporta a existência de um modelo de previsão (Cf. Tabela 5.29), tendo em conta os resultados da ANOVA de regressão para cada uma das populações amostrais estudadas ( $p < .001$ ):  $F(49,2667)=42.73$  na amostra total;  $F(48,7710)=14.55$  na subamostra dos PS; e  $F(48,1799)=30.79$  na subamostra dos NPS. A normalidade dos resíduos também foi verificada através da análise dos *q-q plot* (gráfico quantile-quantile) ou *p-p plot* (gráfico probabilidade-probabilidade). Os parâmetros confirmam que o modelo é muito aceitável, porquanto a variabilidade explicada é sempre superior a 40% (amostra total:  $R^2=.44$ ;  $R^2_{AJ}=.43$ ; profissionais de saúde:  $R^2=.48$ ;  $R^2_{AJ}=.44$ ; não profissionais de saúde:  $R^2=.45$ ;  $R^2_{AJ}=.44$ ). Em ciências sociais, variabilidades desta ordem são consideradas boas, tendo em conta a subjetividade inerente quer às respostas dos sujeitos, quer aos atribu-

tos estudados. Por outro lado, os intervalos de confiança não apresentam grandes amplitudes, o que significa que os valores se encontram bem estimados. A análise dos valores da constante revela um dado interessante: a constante dos PS (37.79) é claramente inferior à constante dos NPS (46.03), mesmo considerando o limite superior do intervalo de confiança da primeira (42.63) e o limite inferior do da segunda (43.10). Este dado indica uma diferença de base entre os dois grupos profissionais, com os não profissionais de saúde a registarem mais capacidade para o trabalho que os profissionais de saúde.

Como se pode observar na Tabela 5.30, os resultados da regressão ordinal sustentam igualmente a existência de um modelo de previsão. Os valores dos coeficientes de determinação de Cox & Snell e de Nagelkerke situam-se na mesma ordem de grandeza daqueles verificados no modelo linear múltiplo (ainda que ligeiramente mais baixos), a saber, respetivamente:  $R^2=.35$  e  $R^2=.40$  (amostra total);  $R^2=.42$  e  $R^2=.47$  (profissionais de saúde); e  $R^2=.36$  e  $R^2=.41$  (não profissionais de saúde). Os intervalos de confiança verificados neste modelo registam de novo reduzida amplitude, assegurando a boa estimação dos valores. Os resultados do ajustamento entre as previsões do modelo e os resultados observados nas três populações amostrais são muito satisfatórios, como se pode constatar na Tabela 5.31. Como medida de concordância foi utilizado o Kendall tau e os resultados foram significativos, embora um pouco baixos. A percentagem de acordo total é superior a 60%, e a percentagem de acordo nominal é superior a 75%.

Ambos os modelos se revelam muito semelhantes. Com efeito, tanto em termos de percentagem de justificação, como em termos de proporção de variabilidade explicada, o modelo ordinal não acrescenta melhoria em relação ao modelo linear múltiplo. Neste sentido, propomo-nos analisar os resultados de ambos conjuntamente, destacando as semelhanças e diferenças reveladas pelos modelos ao nível das previsões postuladas. Iniciaremos a análise dos resultados pela observação dos modelos propostos para as três populações amostrais, destacando os fatores preditores por tipo de variável e indicando o peso (procurámos distinguir três níveis de poder de previsão) e direção da sua influência sobre a variável dependente.

A análise dos resultados de ambos os modelos revela que a Saúde Geral e o Uso de Substâncias são os mais fortes preditores da capacidade para o trabalho, destacando-se claramente dos restantes em todas as populações amostrais (com exceção do Uso de Substâncias na subamostra dos PS). Este dado era expectável, uma vez que as subescalas do Brief COPE e do COPSOQ relacionadas com a saúde apresentam proximidade concetual com o ICT, que é ele próprio um indicador de saúde. Ou seja, seria de esperar que um pior estatuto de saúde e um maior recurso ao uso de substâncias (muito provavelmente, medicamentos) determinasse uma pior capacidade para o trabalho. Poderá esta proximidade concetual afetar os modelos de previsão? Julgamos que não, uma vez que a análise da associação entre as dimensões avaliadas pelo Brief COPE e pelo COPSOQ mostrou que as duas variáveis são genericamente independentes. Poderá acontecer que o forte poder preditivo daqueles dois fatores esconda outras participações no modelo? Sendo possível, seria só verificável pela extração dos mesmos em análises ulteriores. Voltaremos a este assunto na discussão dos resultados. Um outro dado genérico a destacar prende-se com o valor da constante fornecido pelo modelo de regressão

Tabela 5.29. Modelo de previsão do índice de capacidade para o trabalho (regressão linear múltipla)

	ICT Total <sup>1</sup> N=2668 R=.67; R <sup>2</sup> =.44; R <sup>2</sup> <sub>Aj</sub> =.43		ICT Profissionais de saúde <sup>2</sup> n=820 R=.69; R <sup>2</sup> =.48; R <sup>2</sup> <sub>Aj</sub> =.44		ICT Não profissionais de saúde <sup>3</sup> n=1848 R=.67; R <sup>2</sup> =.45; R <sup>2</sup> <sub>Aj</sub> =.44	
	Coeficiente	IC95%	Coeficiente	IC95%	Coeficiente	IC95%
Constante	43.12	[40.62;45.61]	37.79	[32.95;42.63]	46.03	[43.1;48.96]
<b>BriefCOPE</b>						
Coping ativo	0.38	[0.09;0.67]	0.85	[0.32;1.38]		
Planeamento						
Suporte instrument.						
Suporte emocional						
Religião						
Reinterpretação positiva	0.33	[0.07;0.59]				
Autoculpabilização	-0.37	[-0.61;-0.12]			-0.41	[-0.70;-0.12]
Aceitação						
Expressão de sentimentos						
Negação						
Autodistração	-0.22	[-0.42;-0.01]				
Desinvestimento comport.	-0.57	[-0.89;-0.25]	-0.64	[-1.23;-0.04]	-0.50	[-0.88;-0.11]
Uso substâncias	-1.31	[-1.74;-0.87]			-1.50	[-1.98;-1.02]
Humor						
<b>COPSOQ</b>						
Exigências laborais						
Exigências quantitativas						
Ritmo de trabalho					-0.21	[-0.42;-0.01]
Exigências cognitivas						
Exigências emocionais	0.29	[0.12;0.46]	0.39	[0.05;0.72]	0.28	[0.08;0.48]
Organiz. e conteúdo trabalho						
Influência no trabalho	-0.30	[-0.49;-0.11]			-0.27	[-0.50;-0.03]
Possibilidades desenvolv.						
Significado do trabalho	-0.29	[-0.57;-0.02]				
Compromisso com o trab.						
Relações sociais e liderança						
Previsibilidade	-0.29	[-0.51;-0.06]	-0.50	[-0.91;-0.08]		
Recompensas (reconhec.)						
Clareza do papel						
Conflitos de papel	0.22	[0.01;0.43]				
Qualidade da liderança						
Apoio social dos superior.						
Apoio social dos colegas						
Interface trabalho-indivíduo						
Insegurança no trabalho						
Satisfação no trabalho	-0.37	[-0.62;-0.12]			-0.36	[-0.67;-0.05]
Conflito Trabalho/Família	0.22	[0.05;0.38]			0.23	[0.02;0.43]
Valores no trabalho						
Confiança nos superiores						
Confiança nos colegas			0.40	[0.03;0.77]		
Justiça			0.69	[0.21;1.17]		
Comunidade soc. trabalho						
Personalidade						
Autoeficácia			-0.54	[-1.00;-0.07]		

Tabela 5.29. (Cont.)

	ICT Total <sup>1</sup>		ICT Profissionais de saúde <sup>2</sup>		ICT Não profissionais de saúde <sup>3</sup>	
	Coeficiente	IC95%	Coeficiente	IC95%	Coeficiente	IC95%
Saúde e bem-estar						
Saúde geral	-1.71	[-1.88;-1.54]	-1.80	[-2.11;-1.49]	-1.67	[-1.87;-1.47]
Stresse						
<i>Burnout</i>	0.51	[0.29;0.72]	0.60	[0.22;0.98]	0.49	[0.24;0.75]
Problemas em dormir						
Sintomas depressivos	0.48	[0.27;0.69]	0.57	[0.20;0.93]	0.41	[0.15;0.67]
Comportamentos ofensivos						
<i>Bullying</i>	-0.39	[-0.71;-0.06]			-0.69	[-1.07;-0.31]
<b>Covariantes</b>						
Sexo						
Masculino	0.34	[0.01;0.66]			0.51	[0.13;0.88]
Feminino						
Estado civil						
Solteiro						
Casado/União						
Viú/Sep/Div						
Idade						
Anos de serviço	-0.08	[-0.13;-0.04]			-0.09	[-0.14;-0.04]
Grupo profissional						
Saúde			n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Não Saúde	0.57	[0.24;0.91]				

Apresentam-se apenas os coeficientes estatisticamente significativos ( $p < .05$ )

<sup>1</sup>: ajuste do modelo aos dados (ANOVA de regressão):  $F(49,2667)=42.73$ ,  $p < .001$ . A normalidade dos resíduos foi verificada (PP plot)

<sup>2</sup>: ajuste do modelo aos dados (ANOVA de regressão):  $F(48,771)=14.55$ ,  $p < .001$ . A normalidade dos resíduos foi verificada (PP plot)

<sup>3</sup>: ajuste do modelo aos dados (ANOVA de regressão):  $F(48,1799)=30.79$ ,  $p < .001$ . A normalidade dos resíduos foi verificada (PP plot)

Tabela 5.30. Modelo de previsão das categorias de índice de capacidade para o trabalho (regressão ordinal)

	ICT Total <sup>1</sup> N=2668		ICT Profissionais de saúde <sup>2</sup> n=820		ICT Não profissionais de saúde <sup>3</sup> n=1848	
	Cox and Snell R <sup>2</sup> =.35; Nagelkerke R <sup>2</sup> =.40	IC95%	Cox and Snell R <sup>2</sup> =.42; Nagelkerke R <sup>2</sup> =.47	IC95%	Cox and Snell R <sup>2</sup> =.36; Nagelkerke R <sup>2</sup> =.41	IC95%
	Coeficiente		Coeficiente		Coeficiente	
<b>BriefCOPE</b>						
Coping activo	0.12	[0.01;0.23]	0.37	[0.16;0.58]		
Planear					0.17	[0.02;0.32]
Suporte instrumental	-0.10	[-0.19;-0.01]	-0.10	[-0.19;-0.01]		
Suporte emocional						
Religião						
Reinterpr. positiva	0.12	[0.02;0.22]	0.19	[0.01;0.37]	-0.12	[-0.23;-0.01]
Autoculpabilização						
Aceitação						
Expres. de sentimentos						
Negação						
Autodistração						
Desinvest. comportam.						
Uso de substâncias	-0.25	[-0.41;-0.09]			-0.25	[-0.43;-0.07]
Humor						
<b>COPSOQ</b>						
Exigências laborais						
Exigê. quantitativas						
Ritmo de trabalho					-0.07	[-0.20;0.01]
Exigências cognitivas	-0.11	[-0.22;-0.01]				
Exigê. emocionais	0.11	[0.05;0.18]	0.26	[0.08;0.35]	0.09	[0.01;0.16]
Organ. e cont. trabalho						
Influência no trab.			-0.18	[-0.32;-0.04]		
Possibil. desenv.						
Significado do trab.			-0.22	[-0.43;-0.01]		
Compromisso trab.						
Rel. sociais e liderança						
Previsibilidade	-0.12	[-0.21;-0.04]	---	---	-0.10	[-0.20;-0.01]
Recompensas (recon.)						
Clareza do papel						
Conflitos de papel	0.08	[0.01;0.16]			0.11	[0.02;0.21]
Qualidade da liderança						
Apoio social superiores						

Tabela 5.30. (Cont.)

Apoio social de colegas						
Interface trab.-indivíduo						
Insegurança no trabalho						
Satisfação no trabalho						
Conflito trab./Família						
Valores no trabalho						
Confiança nos superior.						
Confiança nos colegas			0.21	[0.06;0.36]	-0.10	[-0.19;-0.01]
Justiça			0.19	[0.01;0.38]		
Comunidade social trab.						
Personalidade						
Autoeficácia						
Saúde e bem-estar						
Saúde geral	-0.60	[-0.67;-0.53]	-0.65	[-0.78;-0.52]	-0.60	[-0.68;-0.52]
Stresse					0.13	[0.02;0.23]
Burnout	0.16	[0.07;0.24]	0.19	[0.04;0.34]	0.16	[0.06;0.26]
Problemas em dormir						
Sintomas depressivos	---	---	0.18	[0.03;0.32]	0.12	[0.03;0.22]
Comport. ofensivos						
Bullying	-0.18	[-0.30;-0.05]			-0.24	[-0.38;-0.07]
<b>Covariantes</b>						
Sexo						
Masculino						
Feminino	-0.18	[-0.30;-0.05]			-0.26	[-0.40;-0.11]
Estado civil						
Solteiro						
Casado/União						
Viú/Sep/Div						
Idade						
Anos de serviço	-0.02	[-0.04;-0.01]			-0.02	[-0.04;-0.01]
Tipo de Profissão			n.a.	n.a.		
Saúde	-0.24	[-0.37;-0.12]				
Não Saúde						

Apresentam-se apenas os coeficientes estatisticamente significativos ( $p < .05$ )

Função utilizada na regressão ordinal: log-log (utilizada quando o histograma indica que as categorias mais elevadas são mais prováveis)

<sup>1</sup>: Ajustamento do modelo  $\chi^2(49)=1135.80$ ;  $p < .001$ . Teste das linhas paralelas  $\chi^2(98)=106.01$ ;  $p > .05$  (um conjunto de coeficientes para todas as categorias)

<sup>2</sup>: Ajustamento do modelo  $\chi^2(48)=439.37$ ;  $p < .001$ . Teste das linhas paralelas  $\chi^2(96)=111.01$ ;  $p > .05$  (um conjunto de coeficientes para todas as categorias)

<sup>3</sup>: Ajustamento do modelo  $\chi^2(48)=824.36$ ;  $p < .001$ . Teste das linhas paralelas  $\chi^2(96)=133.29$ ;  $p = .007$  (conjunto separado de coeficientes para todas as categorias)

Tabela 5.31. Qualidade do ajustamento das previsões do modelo de regressão ordinal

Valores previstos	Valores observados			
	ICT Total* (N=2668)			
	Pobre (n=33)	Moderado (n=441)	Bom (n=1380)	Excelente (n=814)
Moderado	20	105	35	0
Bom	13	315	1041	349
Excelente	0	21	304	465
% acordo	0.0	23.8	75.4	57.1
	ICT Profissionais de saúde** (N=820)			
	Pobre (n=10)	Moderado (n=142)	Bom (n=438)	Excelente (n=230)
Moderado	7	43	16	0
Bom	3	92	339	95
Excelente	0	7	83	135
% acordo	0.0	30.1	77.4	58.7
	ICT Não profissionais de saúde*** (N=1848)			
	Pobre (n=33)	Moderado (n=299)	Bom (n=942)	Excelente (n=584)
Moderado	15	72	21	0
Bom	8	211	713	242
Excelente	0	16	208	342
% acordo	0.0	24.1	75.7	58.6

\* % acordo total = 60.4%; Kendall tau-b=0.45,  $p < .001$

\*\* % acordo total = 63.0%; Kendall tau-b=0.49,  $p < .001$

\*\*\* % acordo total = 61.0%; Kendall tau-b=0.47,  $p < .001$

linear múltipla, que é elevado em todas as populações amostrais (ainda que mais baixo nos PS; Cf. Tabela 5.29), ou seja, o valor de base da capacidade para o trabalho é muito alto. Este dado parece indicar que a capacidade para o trabalho dos sujeitos estudados é já consideravelmente boa ou muito boa. Esta indicação é reforçada pela incapacidade do modelo ordinal em prever indivíduos com pobre capacidade para o trabalho (zero por cento de acordo em todas as populações amostrais; Cf. Tabela 5.31).

Os fatores com maior poder de previsão da capacidade para o trabalho dos profissionais de trabalhos mentais são a Saúde Geral e o Uso de Substâncias (identificados em ambos os modelos). Seguidamente, destaca-se um grupo constituído pelo Desinvestimento Comportamental, *Burnout* (incluído nos dois modelos) e Sintomas Depressivos, que registam os valores intermédios da distribuição dos mesmos ao longo na amostra. Os restantes fatores preditivos apresentam coeficientes com valores mais baixos que todos os anteriores, e muito semelhantes entre si. As restantes dimensões de *coping* incluídas no modelo são o *Coping* Ativo, Reinterpretação Positiva (incluídos nos dois modelos), Autoculpabilização, Autodistração (modelo linear) e o Uso de Suporte Instrumental (modelo ordinal). Os demais fatores psicossociais incluídos no modelo são as Exigências Emocionais, Previsibilidade, Conflitos de Papel, *Bullying* (postulados pelos dois modelos), Influência no Trabalho, Significado do Trabalho, Satisfação no Trabalho, Conflito Trabalho/Família (modelo linear) e Exigências Cognitivas

(modelo ordinal). As covariantes que predizem a capacidade para o trabalho na amostra total integram ambos os modelos e são o Sexo, Anos de Serviço (tratando-se este do fator com menor poder de previsão em ambos os modelos) e o Tipo de Profissão.

Assim, um menor Uso de Substâncias e de Desinvestimento Comportamental (prioritariamente), bem como um menor uso da Autoculpabilização, da Autodistração e do recurso ao Suporte Instrumental, associados ao maior uso do *Coping* Ativo e da Reinterpretação Positiva, contribuem causalmente para uma melhor capacidade para o trabalho. Excetuando os fatores relativos à saúde e bem-estar (Saúde Geral, *Burnout* e Sintomas Depressivos, que são os três fatores psicossociais mais importantes na determinação da capacidade para o trabalho), a capacidade para o trabalho é determinada prioritariamente (porque prevista nos dois modelos) pelas Exigências Emocionais, Previsibilidade, Conflitos de Papel e *Bullying*, e, secundariamente, pela Influência no Trabalho, Significado no Trabalho, Satisfação no Trabalho, Conflito Trabalho/Família e Exigências Cognitivas. Os valores dos coeficientes das Exigências Emocionais, Conflitos de Papel e Conflito Trabalho/Família não apresentam sinal negativo, tal como se regista nos restantes fatores psicossociais acima listados (e o mesmo sucede com o *Burnout* e os Sintomas Depressivos). As especificidades matemáticas do modelo estatístico (em concreto, o valor elevado da constante) não permitem concluir por uma interpretação direta do sentido desses valores, ou seja, à direção positiva do coeficiente não corresponde necessariamente uma interpretação positiva do sentido da influência do fator que lhe corresponde. Assim, reservamos a interpretação do significado destes valores para o capítulo da discussão, após os termos cruzado com os dados anteriormente analisados por outros métodos estatísticos. Por fim, a capacidade para o trabalho é maior entre os homens e os não profissionais de saúde, e ligeiramente maior nos profissionais mais velhos.

Para os profissionais de saúde, os modelos de regressão propõem como principal preditor da capacidade para o trabalho a Saúde Geral. Os fatores que registam valores intermédios são o *Coping* Ativo, Exigências Emocionais, Justiça (proposto pelos dois modelos), Desinvestimento Comportamental (modelo linear múltiplo) e Significado do Trabalho (modelo ordinal). Os fatores com valores mais modestos são a Confiança nos Colegas, *Burnout* e Sintomas Depressivos (para ambos os modelos), Previsibilidade, Autoeficácia (modelo linear), Uso de Apoio Instrumental, Reinterpretação Positiva, Influência no Trabalho (modelo ordinal). A capacidade para o trabalho dos PS não é determinada por nenhuma variável sociodemográfica.

Os cuidadores com elevada capacidade para o trabalho parecem utilizar mais o *Coping* Ativo e a Reinterpretação Positiva e recorrer menos ao Desinvestimento Comportamental e ao Apoio Instrumental. Os fatores psicossociais relacionados com a organização do trabalho que mais predizem a capacidade para o trabalho são as Exigências Emocionais, a Justiça e o Significado do Trabalho (além de apresentarem valores intermédios, estão presentes em ambos os modelos), seguidos da Confiança nos Colegas (identificada pelos dois modelos) e depois pela Previsibilidade e Influência no Trabalho. A capacidade para o trabalho dos PS é fortemente prevista pelo estatuto de saúde (Saúde Geral, *Burnout* e Sintomas Depressivos). Ao contrário do verificado na amostra total e na subamostra dos NPS, a capacidade para o trabalho dos cuidadores é também determinada pela Autoeficácia.



A capacidade para o trabalho dos não profissionais de saúde é prevista preponderantemente pela Saúde Geral. O Uso de Substâncias, o *Bullying* e o Sexo são os fatores preditores onde se registam valores intermédios (identificado pelos dois modelos). O grupo de fatores causais com coeficientes mais baixos é constituído pelo Ritmo de Trabalho, Exigências Emocionais, *Burnout*, Sintomas Depressivos e Anos de Serviço (em ambos os modelos), Autoculpabilização, Desinvestimento Comportamental, Influência no Trabalho, Satisfação no Trabalho, Conflito Trabalho/Família (modelo linear múltiplo), Planeamento, Reinterpretação Positiva, Previsibilidade, Conflitos de Papel, Confiança nos Colegas e Stresse (modelo ordinal).

A capacidade para o trabalho dos NPS parece ser menos determinada pelo *coping* do que a dos profissionais de saúde (e também do que o registado na amostra total). Com efeito, e excetuando o Uso de Substâncias, nenhuma das restantes dimensões de *coping* preditoras apresentou valores intermédios ou foi prevista por ambos os modelos. As dimensões de *coping* que predizem o ICT nos não cuidadores são o Uso de Substâncias, Autoculpabilização, Desinvestimento Comportamental, Planeamento e Reinterpretação Positiva. Os fatores psicossociais organizacionais com maior poder preditivo são o *Bullying*, Ritmo de Trabalho e Exigências Emocionais (presentes em ambos os modelos), seguidos da Influência no Trabalho, Satisfação no Trabalho, Conflito Trabalho/Família, Previsibilidade, Conflitos de Papel e Confiança nos Colegas. A dimensão da Saúde e Bem-estar volta a ser decisiva na previsão da capacidade para o trabalho, e de uma forma mais marcada do que o registado nas restantes populações amostrais, pois esta dimensão é mais complexa entre os NPS: além da Saúde Geral, do *Burnout* e dos Sintomas Depressivos, inclui também como fator preditor os Sintomas de Stresse. Ao contrário do verificado com os cuidadores, a capacidade para o trabalho neste grupo profissional é sensível a duas variáveis sociodemográficas: as mulheres e os profissionais mais novos arriscam menor capacidade para o trabalho (ainda que a Idade apresente o coeficiente mais baixo, indiciando fraco poder de previsão).

As dimensões de *coping* que os modelos de previsão não contemplam são o Uso de Suporte Emocional, Religião, Aceitação, Expressão de Sentimentos, Negação e Humor. De acordo com os dois modelos testados, a capacidade para o trabalho também não é prevista por nenhum dos seguintes fatores psicossociais: Exigências Quantitativas, Possibilidade de Desenvolvimento, Compromisso com o Trabalho, Recompensas (Reconhecimento), Clareza do Papel, Qualidade da Liderança, Apoio Social dos Superiores, Apoio Social dos Colegas, Insegurança no Trabalho, Confiança nos Superiores, Comunidade Social no Trabalho, Problemas em Dormir. O Estado Civil e a Idade não integram quaisquer dos modelos de previsão.

A análise dos resultados dos modelos de previsão oferece-nos conclusões muito interessantes. Desde logo, permite confirmar a suspeita teórica que o *coping* e os fatores psicossociais do trabalho não só influenciam a capacidade para o trabalho (portanto, a saúde ocupacional), como a codeterminam. Em segundo lugar, indicia a existência de diferenças estruturais quer ao nível do tipo de *coping* utilizado, quer no plano das características psicossociais do trabalho, na determinação da capacidade para o trabalho dos profissionais de saúde por comparação com aqueles que não trabalham na área da saúde. Em terceiro lugar, reforça a ideia que os profissionais por nós estudados representam uma população com boa capacidade para o trabalho. Por julgarmos que o significado destas conclusões resulta enriquecido com o confronto com os restantes resultados das outras análises estatísticas efetuadas, reservamos uma

interpretação mais fina dos mesmos para o capítulo da discussão, depois de se compilar, cruzar e sintetizar a totalidade dos mesmos (adiante, no Capítulo 5.6).

## 5.5. Análise de conteúdo dos comentários dos participantes

Recordamos que foi solicitado aos participantes do estudo que incluíssem comentários, observações ou sugestões acerca da investigação, do tema ou do preenchimento dos questionários, caso o desejassem. Um total de 365 sujeitos aceitou complementar a sua participação no estudo com este tipo de comentários. Tendo em conta que essas respostas foram separadas da base de dados geral de modo a impossibilitar a identificação dos sujeitos, o cálculo da percentagem de respostas não pode ser efetuado com referência ao valor da amostra em estudo, mas sim ao da amostra sem as depurações descritas na secção da metodologia (Cf. Capítulos 4.4 e 4.5). Assim, com a eliminação dos casos sem resposta, dos casos que não deram consentimento à participação no estudo e dos casos que cumpriam os critérios de exclusão, a amostra de onde se retiraram os comentários em análise era composta por 3386 sujeitos, o que resulta numa percentagem de 10.78% de resposta à questão aberta sobre comentários ao estudo. Note-se que alguns destes comentários em análise poderão pertencer a sujeitos posteriormente retirados da amostra final ( $N=2960$ ) de acordo com os critérios mencionados na metodologia.

O objetivo da análise de conteúdo realizada foi essencialmente exploratório, pelo que se optou por um procedimento aberto, isto é, sem categorias teóricas previamente definidas (Ghiglione & Matalon, 1993). Ainda assim, e considerando o tipo de informação solicitada aos participantes, esperávamos encontrar mensagens referentes (1) especificamente ao estudo, em particular atinentes à metodologia e às variáveis, (2) ao(s) tema(s) em geral, como o stress, a saúde, o trabalho, etc., e (3) ao preenchimento dos questionários, em concreto à sua adequação em termos de tamanho, conceção, compreensibilidade, etc. Esperávamos, respetivamente, que os sujeitos elogiassem ou criticassem o estudo, acrescentassem informação pessoal relativa ao tema do mesmo, e aprovassem ou reprovassem a bateria de questionários proposta. O método utilizado e uma primeira observação genérica das respostas permitiram ajustar ligeiramente tais expectativas de categorização dos comentários.

A unidade analisada foi o tema. Procedeu-se a uma análise temática, e não sumativa, ou seja, não se contaram as palavras, mas apenas se identificaram os temas e se contabilizou o número de vezes que cada um foi referido (Berg, 2007). Para tal, identificou-se o tema subjacente a cada comentário, e atribuiu-se-lhe um código identificativo. Sempre que os comentários analisados se referiam a mais do que uma categoria, eram divididos em mais do que uma oração, ou, na impossibilidade desse procedimento, duplicava-se o comentário (assim, o original era classificado numa categoria, enquanto a sua cópia se classificava noutra categoria). Neste sentido, não se elegeram os comentários propriamente ditos como unidades de análise, mas sim a sua estrutura oracional, porquanto seja cada oração uma unidade sintática que contém uma proposição temática identificável e extraível. Note-se que na esmagadora maioria dos casos, cada comentário representava uma oração absoluta (isto é, constituída por uma

única preposição). Com efeito, atendendo ao número de comentários registados na base de dados (365) e ao número final de comentários analisados (391), podemos concluir que pouco mais de 10 deles foram divididos ou duplicados (ou ainda triplicados), ou seja, apenas cerca de uma dezena de sujeitos incluiu mais do que um tema no seu comentário.

A análise de conteúdo foi realizada em equipa, constituída pelo candidato e por uma investigadora da área da sociologia da saúde com experiência na realização de análises de conteúdo. A definição dos critérios de codificação das orações temáticas foi feita pelos dois, atendendo ao que era solicitado aos sujeitos nas instruções de preenchimento desse campo no questionário. Se inicialmente esperávamos encontrar uma reprodução das categorias expectáveis acima referidas, o processo de análise forçou-nos a rever esses critérios, sobretudo a desdobrar e diferenciar os mesmos. Deste modo, a análise de conteúdo resultou na fixação de 12 categorias, a saber: (0) esclarecimentos específicos relativos à caracterização de casos particulares; (1) congratulações pelo tema do estudo; (2) críticas ao tema do estudo; (3) testemunhos pessoais reforçadores do tema do estudo; (4) testemunhos pessoais diminuidores da importância do tema do estudo; (5) sugestões práticas de medidas *antisstress*; (6) satisfação genérica com o protocolo de questionários; (7) insatisfação genérica com o protocolo de questionários; (8) identificação de deficiências concretas no protocolo de questionários; (9) sugestão de inclusão de temas concretos no protocolo de questionários; (10) casos a excluir (de acordo com os critérios de exclusão da investigação empírica quantitativa); e (11) felicitações dirigidas ao autor. As categorias (5), (10), (11) e (0) vieram a ser criados em função da análise efetuada. Com efeito, não tinham sido previstas opiniões especificamente relacionadas com medidas ou atitudes de redução do stress (categoria [5]). Além disso, e como já adiantámos, foi necessário retirar da amostra de comentários aqueles que cumpriam os critérios de exclusão do estudo quantitativo, e que foram quatro casos, (categoria [10]), por um imperativo de coerência e rigor. As categorias (11) e (0) ilustram a necessidade de recodificação sentida ao longo do processo: por um lado, algumas das opiniões de felicitação não se dirigiam especificamente ao estudo (à sua existência, ou aos temas subjacentes), mas sim aos autores, e por outro alguns comentários revelam-se omissos do conteúdo em análise, porquanto fossem meras especificações de particularidades pessoais (como especificar a profissão, ou até mesmo indicar o próprio nome), e por isso optámos por os codificar como zero. Os critérios de fiabilidade e relevância da análise de conteúdo foram posteriormente reforçados pelo acordo entre quatro investigadores, a saber, a equipa que efetuou a análise, acrescida dos dois orientadores. Alcançou-se uma concordância entre os quatro investigadores superior a 90 por cento (Krippendorff, 2012). Os resultados da análise de conteúdo revelaram um total de 390 comentários, distribuídos pelas diferentes categorias, tal como se mostra e ilustra na Tabela 5.32, e como seguidamente se descreve. Os exemplos transcritos na Tabela 5.32 procuram ilustrar todo o tipo de comentários registados. Deste modo, tentámos que os mesmos não se revelassem redundantes, ao repetir as mesmas ideias, ainda que tenhamos extraído comentários semelhantes (Cf. Categoria 2). Do mesmo modo, sentimo-nos obrigados a expandir o número de citações quando existia maior diversidade de ideias opinadas (Cf. Categoria 4). A grafia original foi respeitada; de resto, corrigiram-se erros de datilografia, completaram-se abreviaturas e substituíram-se nomes próprios por iniciais.

A definição das categorias e simultânea codificação das declarações dos participantes não se revelou tarefa fácil. O exemplo mais gritante situa-se na diferenciação de muitos

comentários relativamente às Categorias 9 e 10. Muitas das afirmações fixadas nestes dois grupos de temas são muito próximas em termos conceituais ou semânticos, mas foram consideradas distintas do ponto de vista pragmático. Por exemplo, a afirmação *Apenas é referido o recurso a álcool ou drogas para alívio/compensação do stress [sic] mas penso que também podia ser referido o recurso a comida* poderia figurar na Categoria 10, relativa a sugestões concretas de melhoria do protocolo de questionários (uma vez que até faz ou indicia uma sugestão concreta), porém esta afirmação pareceu-nos surgir num contexto pragmático de crítica (*negativa*, ao contrário do espírito *positivo* das sugestões agrupadas na Categoria 10), pelo que optámos por a classificar na categoria correspondente (Categoria 11).

O trabalho analítico empreendido permitiu fixar 11 categorias, cada uma traduzindo um tema específico e revelando uma unidade distintiva relativamente às restantes. A primeira categoria reflete a congratulação dos participantes pelo estudo e pelo tema versado. Alguns sujeitos felicitam a realização do estudo em si, outros salientam a importância e pertinência do(s) tema(s) estudados. Muitos destes comentários manifestam explicitamente o desejo de conhecer os resultados do estudo ou a esperança nos possíveis contributos práticos dos mesmos (Cf. Tabela 5.32).

A segunda categoria é composta pelas saudações ao autor (candidato) e à equipa de investigação. Essas felicitações são exclusivamente dirigidas aos autores do estudo (por vezes, dirigem-se mesmo ao candidato tratando-o pelo seu nome), não havendo qualquer referência ao estudo ou ao tema. Trata-se de cumprimentos de cortesia, portanto. Na Tabela 5.32 indicamos 53 ocorrências, ainda que na realidade o seu número tenha sido muito superior. Com efeito, em inúmeros casos os participantes finalizam os seus comentários com uma saudação aos autores. Optámos por isentar esses casos da regra de divisão do comentário (em duas orações), e considerar para efeitos de contagem apenas a oração temática principal.

A Categoria 3 inclui queixas, desabafos e denúncias que refletem de forma indireta a pertinência do estudo. Ao contrário dos comentários inseridos na Categoria 1, que são genéricos e globais na sua referência ao estudo, as afirmações deste grupo representam experiências concretas e pessoais que não apenas reforçam a pertinência do estudo e do tema, mas sobretudo o ilustram. Percebe-se, em muitos comentários, que os indivíduos partem de uma constatação geral da importância do tema (ou do estudo) para a descrição de uma situação pessoal, que ilustra a primeira: (...) *A relação trabalho/competitividade tem de ser vista hoje em dia de uma forma global e sinto que se analisa muito pouco por parte de quem nos governa. Já agora posso escrever uma situação que ocorreu durante a minha estadia no contexto industrial. Foi feito um inquérito (...) 90% dos operários responderam que eram as condições de trabalho a primeira causa d[a] s[ua] [desmotivação] (...) e em 2º lugar o vencimento* (note-se que este exemplo, bem como os comentários citados adicionais neste parágrafo não foram incluídos na Tabela 5.32). Por vezes, desenham o movimento oposto, baseando-se na sua experiência ou realidade para formular uma *teoria*, que sustenta e reforça os temas subjacentes ao estudo realizado: *Sou também contabilista e trabalho com muitas outras empresas. Muito do stress [sic] relativo às profissões administrativas têm três origens principais: demasiada nova legislação em diversos vectores [sic] da sociedade (ambiente, finanças, laboral, etc.); situação*

Tabela 5.32. Análise de conteúdo dos comentários dos participantes

N=390		
Categoria	n (%)	Definição <i>Exemplos</i>
1 Felicitações pelo estudo	78 (20.00)	<p>Congratulação pela pertinência do estudo e/ou do tema; interesse pelos resultados e pelas suas possíveis implicações práticas</p> <p><i>i. Considero o tema muito pertinente (...)</i>  <i>ii. Estudo de extrema pertinência. Parabéns!</i>  <i>iii. Gostaria apenas de salientar a emergência e pertinência desta temática. Espero que os resultados nos permitam encontrar estratégias e boas práticas para o futuro.</i>  <i>iv. Tema muito pertinente, que seria bom ver publicado e publicitado.</i>  <i>v. Todas as questões são pertinentes, gostaria que algo fosse colocado em prática (...)</i>  <i>vi. Parabéns pelo tema: no atual cenário, em que os trabalhadores têm pouca voz e raras vezes podem alterar as situações que lhes provocam stress, só pode mesmo haver uma mudança na maneira de lidar com as situações. Despeço-me na expectativa dos resultados (...)</i></p>
2 Saudações ao autor	53 (13.59)	<p>Cumprimentos de cortesia dirigidos ao(s) autor(es), de felicitação e encorajamento</p> <p><i>i. Bom trabalho!</i>  <i>ii. Parabéns pelo excelente trabalho.</i>  <i>iii. Boa sorte!</i>  <i>iv. Votos dos maiores sucessos.</i></p>
3 Queixas reforçadoras	49 (12.56)	<p>Testemunhos pessoais que reforçam a pertinência do estudo e acrescentam importância ao tema (por ex., mal-estar no trabalho); desabafos, queixas, denúncias</p> <p><i>i. (...) Eu faço 270 kms por dia para trabalhar porque fui colocada noutra região. Reduziram-me drasticamente o vencimento e retiraram-me os subsídios. (...)</i>  <i>ii. (...) se tivesse preenchido este questionário há 3 anos atrás as respostas seriam o oposto, (...) o meu local de trabalho era muito stressante a ponto de ter ficado doente (...) Tive de mudar de local de trabalho (...)</i>  <i>iii. Um dos factores determinantes para a desmotivação que verifico no meu desempenho profissional é a ausência de validação do meu investimento na progressão profissional.</i>  <i>iv. (...) pois hoje mais do que nunca as exigências são muitas, o valor que devia ser dado como profissional não é nenhum.</i>  <i>v. As actuais alterações na área da saúde como as reestruturações que implicam encerramento de serviços e a redução de recursos, que reduzem o número de elementos para prestar cuidados, tem contribuído para um elevado nível de stress nos profissionais da saúde</i></p>

Tabela 5.32. Cont.

- 
- vi. A profissão docente tem vindo a tornar-se alvo de mais exposição ao stress, nomeadamente por atitudes comportamentais desajustadas dos alunos e por exigência burocrática que impede o desejado empenho na verdadeira função docente.
- vii. Neste momento estou a ser vítima de mobbing[,] todas as pessoas do serviço o sabem mas ninguém fala por medo. Estou fechada sozinha numa sala 7 horas por dia 5 dias por semana (...) afastada verbalmente do serviço que criei (...)
- viii. O assédio moral e o desrespeito por parte dos dirigentes superiores a que os trabalhadores têm vindo a ser alvo no último ano.
- ix. (...) em Portugal não trabalhamos pouco, trabalhamos mal. A gestão pública, ou a falta dela, é disso um claro exemplo.
- x. As doenças não são tidas em consideração pelas entidades empregadoras - nem adequando horários, nem condições de trabalho, nem empatia com o trabalhador. (...) Verifica-se abuso do poder tentando convencer e forçar o trabalhador a trabalhar mesmo com doenças graves (ex. cancro). Enquanto estive acamada e com atestado médico, diariamente era contactada telefonicamente para tratar de assuntos profissionais e pretendiam que me dirigisse ao local de trabalho para assinar documentos. A (...) um com leucemia foi-lhe dito que teria de trabalhar em casa ou fazer horas extra para compensar as horas de tratamento ou consultas médicas. Inacreditável!
- xi. (...) muitos jovens licenciados (...) [chegam] a uma empresa, com a cabeça a ferver de ideias, depararem-se com pessoas que ocupam os cargos nas direcções mas que não têm habilitações suficientes para estar à frente da mesma, impondo sempre o seu ponto de vista e a forma como o trabalho tem de ser feito.
- xii. (...) e o quão importante é a saúde mental/emocional (principalmente as mulheres que tem uma família e que tem que gerir muito bem o tempo para conseguirem ser mulheres, mães e esposas) para conseguirem conciliar tudo (...)
- xiii. Cada vez mais os funcionários são considerados máquinas que têm de "produzir" quantidades de trabalho insuportáveis. Os aspectos sociais e humanos são cada vez mais menosprezados por quem detém o poder hierárquico. Atualmente assiste-se passivamente a um retrocesso nas relações entre funcionários e dirigentes.
- xiv. Trabalho para o setor estado (...) há 23 anos e (...) tenho assistido a alterações das relações de trabalho, falta de condições, alterações das regras contractuais e falta de compromisso nas perspectivas de carreira, por isso existe um sentimento de frustração e despersonalização no produto do nosso trabalho, somos tratados como um número, perfeitamente descartáveis.
- xv. Acho mesmo que aos médicos internos é exigida uma capacidade de trabalho acima da média, e que é realmente necessária uma grande entrega para desempenhar as funções que nos são atribuídas.
- xvi. Os chefes deviam ser avaliados acerca da sua capacidade de gestão, da sua capacidade de trabalho e organização, acerca da sua inteligência para o desempenho do cargo, das suas capacidades de adaptação a novas tecnologias e a novos desafios e não estarem sujeitos só a prova de grau académico para o lugar que ocupam.
- xvii. A insegurança e incompetência instaladas, de um modo geral, ao nível dos quadros de chefia contaminam todo o ambiente de trabalho que se desejaria saudável... é o País que temos...
- xviii. O que mais me afecta é ver pessoas a assumir cargos de chefia sem terem capacidades profissionais e emocionais para tal. Assistir a "promoções" que só se explicam pelo "cartão". Quem não tem "cartão" não tem qualquer hipótese de ver reconhecido o seu trabalho.
- xix. Muitas horas interruptas de trabalho.
- xx. Dr. penso que terei que lhe fazer uma visita, visto já sentir muitos sintomas de stresse.

Tabela 5.32. Cont.

4	Sugestões antistresse (1.79)	7	Conselhos e atitudes para diminuir o stresse e o mal-estar no trabalho
<p><i>i. O trabalho deve ser encarado como uma parte muito positiva da nossa vida. Se cada um de nós se preocupasse a fazer o melhor na sua função e ajudar os restantes elementos a ser cada dia melhor, permitia existirem melhores organizações e menos Stress</i></p> <p><i>ii. Gosto do trabalho que faço</i></p> <p><i>iii. (...) Apesar de tentarmos desenvolver estratégias para lidar com a pressão diária, por vezes, algum distanciamento torna-se essencial para uma orientação mais eficaz.</i></p> <p><i>iv. (...) seria importante conseguir pensar em viver um dia de cada vez e não sofrer por antecipação (...)</i></p> <p><i>v. (...) Como "escape" ao meu intenso trabalho diário, sou viciada em natações, que pratico todas as 3ª e 5ª feiras, com raras exceções. É o meu momento de descontração e descompressão!</i></p>			
5	Críticas gerais ao estudo (2.31)	9	Críticas genéricas relativas a aspetos metodológicos e à definição das variáveis
<p><i>i. Penso que era importante ter perguntas em que o inquirido caracterizasse a sua personalidade pois influencia muito o stress no trabalho.</i></p> <p><i>ii. "Coping" não deveria ser usado num estudo português (...)</i></p> <p><i>iii. - A honestidade intelectual impõe que se anuncie que a leitura atenta das questões e possibilidades de resposta implicam que o preenchimento do questionário pode demorar cerca [de] 30 minutos e não (...) «(...) 15 minutos»! Da mesma forma deveriam alertar para as quebras de ligação à Internet. (...)</i></p> <p><i>iv. Não irá todo o ambiente de medo face ao desemprego, esta instabilidade social, injustiça social, (...) influenciar os resultados do seu estudo? (...)</i></p> <p><i>v. (...) O facto de enviar este tipo de questionário por esta via (que é cómodo e temporalmente eficaz) acarreta uma quantidade imensa de limitações/restrições quase nunca tidas em conta pelos investigadores; por outro lado, faz com que o mesmo seja possível de ser respondido por qualquer um o que poderá "mascarar" os resultados, pois nem todas as perguntas fazem sentido em toda e qualquer área de trabalho</i></p> <p><i>vi. Este inquérito vai ser muito influenciado pela situação económica atual (...) Há dez anos teria resultados diferentes e mais positivos.</i></p>			
6	Testemunhos atenuantes (4.62)	18	Testemunhos pessoais que diminuem a pertinência do estudo ou do seu tema, ao revelarem outras áreas de vida como mais importantes que o trabalho
<p><i>i. Tenho um bebé de 13 meses que, esse sim, me deixa fisicamente exausta e que me tem deixado cada vez mais desinteressada pelo trabalho.</i></p> <p><i>ii. A situação económica e política do país actualmente [sic] não tem ajudado nada e deixa-nos um pouco receosos, quando se tem filhos pequenos e começamos a pensar como vai ser o futuro deles, aí ficamos um pouco angustiados e só apetece emigrar para um país que nos deixe trabalhar a quem quer trabalhar (...), neste momento Portugal é angustiante, o futuro estará na Austrália...</i></p> <p><i>iii. Neste momento o meu desempenho profissional está afectado [sic] não por problema laboral mas sim pessoal (falecimento de ente querido)</i></p> <p><i>iv. Trabalho com muito prazer, sentindo os colegas como minha família.</i></p> <p><i>v. Para mim o trabalho para além de uma obrigação por motivos de sobrevivência económica e bem-estar (...), foi sem dúvida um enorme suporte, chamemos-lhe uma terapia ocupacional, quando tive graves problemas pessoais. O trabalho ajudava-me a abstrair do resto. (...)</i></p>			

Tabela 5.32. Cont.

		<p>vi. O estado de espírito mental de cada um, face à situação actual [sic] de crise propagada em grande parte pelos «media», leva obviamente a um entristecimento da população em geral, e a um aumento de preocupações, levando a que as pessoas se satisfaçam pelo simples facto de ter um emprego.</p> <p>vii. Termine, deixando o meu testemunho, que a família (meu marido e meus filhos) é o elo mais importante, pois apoia, entende (doença) e colabora.</p> <p>viii. Onde trabalho quase não há hierarquias, somos todos amigos, somos uma equipa em que cada um tem a sua função, desde a Sra. da limpeza ao gerente... e todos têm opinião que merece ser ouvida e analisada por todos.</p> <p>ix. Quando se tem a sorte de se fazer o que se gosta, haja saúde!</p> <p>x. Algumas perspectivas [sic] sombrias relativamente ao futuro e estabilidade no trabalho, são motivadas por factores [sic] externos, tais como dificuldades económicas e falta de competência da governação.</p> <p>xi. (...) trabalho com dedicação em média 14 horas por dia e sinto-me feliz e tenho sempre tempo para fazer mais qualquer coisa. Os que nada fazem, andam tristes e nunca têm tempo para fazer mais nada a não ser reclamar por tudo e por nada. Recomendo a todos os humanos que trabalhem e irão sentir-se muito mais felizes.</p> <p>xii. Política, modo governativo, corrupção não punida aos políticos e gestores corruptos deixa uma revolta e falta de confiança para trabalhar neste país criando stress e gera sintomas depressivos que afectam o dia-a-dia no trabalho.</p> <p>xiii. O segredo de amar os que nos rodeiam, viver e trabalhar está na entrega que dedicamos a cada uma das coisas. (...)</p>
7	Protocolo agradável (3.59)	<p>14 Protocolo de questionários bem construído, compreensível e fácil de responder</p> <p>i. É bastante simples de preencher o protocolo.</p> <p>ii. Questionário muito interessante e bem feito.</p> <p>iii. Considero o inquérito bem apresentado e elaborado.</p> <p>iv. Gostei da estrutura do questionário.</p> <p>v. Parabéns, perguntas fáceis de responder e nada cansativas. Vou partilhar</p> <p>vi. Vou recomendar o preenchimento deste inquérito pois achei-o MUITO BEM ESTRUTURADO.</p> <p>vii. Gostaria de parabenizar o corpo de investigação pelo tema da mesma, bem como o tipo de protocolo. Estava muito completo, abrangendo as várias áreas/fatores que influenciam direta ou indiretamente a nossa capacidade para o trabalho. Foi com agrado que o preenchi.</p> <p>viii. O protocolo está muito bem construído, e o seu preenchimento revelou-se muito fácil.</p>
8	Protocolo difícil (3.59)	<p>14 Protocolo de questionários extenso, longo, moroso, mal construído</p> <p>i. (...) demasiado longo o que provoca desinteresse e faz responder menos correcta [sic] e atentamente a parte final do mesmo (a despachar).</p> <p>ii. (...) A parte relativa ao elenco das doenças pareceu-me extensa e desnecessária</p> <p>iii. Não obrigado. Só sugiro questionários mais curtos! (Melhor qualidade nas respostas!)</p> <p>iv. Se não fosse o [A. G.] a pedir-me não completava este inquérito.</p> <p>v. Deveria ser mais pequeno (algumas questões são muito semelhantes)</p>



Tabela 5.32. Cont.

		<p>vi. O inquérito é demasiado extenso...</p> <p>vii. Achei a quantidade de perguntas de controlo na primeira parte um tanto exagerada...</p> <p>viii. Entendo que as perguntas sejam necessárias para um bom estudo, no entanto o questionário é extremamente longo, podendo contribuir para a dispersão nas respostas a partir do meio do questionário.</p>
9	Deficiências concretas do protocolo	<p>82 Identificação de deficiências e lacunas concretas no protocolo geral ou em questionários específicos (21.03)</p> <p>i. (...) as questões relacionadas com a chefia e colegas de trabalho não estão preenchidas, porque sou trabalhadora independente e essas questões não são aplicáveis no meu contexto laboral. Para não enviesar os resultados optei por não responder.</p> <p>ii. (...) No meu caso específico, sou trabalhador independente (...) não fazendo parte de uma equipa de trabalho. Senti que o questionário exclui, de um modo geral: os profissionais liberais; os profissionais empreendedores não por conta d'outrém, entenda-se, empresários/chefes de equipa.</p> <p>III. Gostaria de ressaltar que trabalho em vários locais, havendo discrepância relativamente ao meu bem-estar perante eles. Assim, a maioria das respostas tenta equilibrar o que penso e sinto em relação aos vários locais e pessoas e trabalho associados.</p> <p>iv. Trabalho em 3 locais diferentes, 2 deles em horário completo. Referi-me a apenas 1 deles- Hospital.</p> <p>v. (...) algumas vezes tive de emendar a resposta dada...talvez fosse de considerar a inversão da escala...isto é...do Nunca para o Sempre....e considerar um número par de opções para evitar a tendência de resposta central. (...)</p> <p>vi. A alteração de escala induziu-me em erro, no sentido de que o 5 implicava "coisas boas" e depois implicava "coisas más". Tive que voltar atrás e refazer muitas das respostas.</p> <p>vii. O conceito de "raramente" e "às vezes" em alguns tópicos parece-me confuso, podendo inclusivamente levar a confusão na escolha da resposta mais adequada precisamente pela falta de quantificação. Pode parecer que são conceitos de alguma maneira muito parecidos/iguais.</p> <p>viii. Penso que em algumas questões deveria existir a hipótese "não sabe responder".</p> <p>ix. (...) (falecimento de ente querido) Neste questionário essas situações (do foro privado) não são tidas em conta. O problema não é laboral mas a situação laboral está afectada [sic].</p> <p>x. Tentei adaptar ao máximo as respostas em relação à realidade laboral. Penso que o questionário não prevê a minha situação de trabalhar por turnos nunca repetitivos e independentemente de ser Domingo ou Feriado, incluindo Natal, Passagem de Ano, etc!</p> <p>xi. considero que poderia ter separado os casos que estão em situação de incapacidade temporária para o trabalho, por causa de acidente de trabalho, como é a minha situação actual [sic], e que considero pode alterar os resultados do estudo.</p> <p>xii. as opções para os médicos entre generalista e especialista não são adequadas pois ser generalista em Portugal é ser especialista em Medicina Geral e Familiar ou em Medicina Interna. As opções alternativas correctas [sic] poderiam ser especialista vs sem especialidade</p> <p>xiii. Na profissão deve distinguir-se entre enfermeiro generalista e enfermeiro especialista, já que tiverem esse cuidado com os médicos...</p> <p>xiv. Considero que um inquérito que se destina a profissionais de saúde e não inclui uma alínea referente a "farmacêutico" nas profissões consideradas reflecte pesquisa insuficiente.</p> <p>xv. Relativamente ao questionário fica a dúvida se as lesões/doenças a assinalar são só as adquiridas devido ao trabalho ou se são todas.</p>

Tabela 5.32. Cont.

	<p>xvi. nas questões iniciais, pergunta há quanto tempo trabalho. Só tenho hipótese de responder há 1 ano, quando, no entanto, ainda não fez 1 ano que comecei a trabalhar. Penso que poderia colocar a hipótese de o trabalho ser temporário (fazer substituições, férias de colegas, etc). (...)</p> <p>xvii. Em nenhuma parte do questionário pergunta se tem ou não filhos. Eu tenho duas filhas com 16 e 12 anos. Idades "difíceis". Trabalho e família é uma relação importante e em que um influencia o outro.</p> <p>xviii. Na formação acadêmica, falta referenciar os CET, do qual sou titular de uma formação</p> <p>xix. Relativamente à formação não se define se é pré ou pós Bolonha, o que entendo ser importante.</p> <p>xx. Só gostaria de dizer que o termo reumatismo deixou de ser usado, pois não define nada. Apesar da especialidade médica continuar a chamar se de reumatologia.</p> <p>xxi. Algumas questões são ambíguas para serem respondidas sem desenvolvimento. As respostas podem ser interpretadas de diversas formas, mesmo sendo um simples "nunca".</p> <p>xxii. Escolhi docente como profissão, depois passa a vida a mencionar gerente e funcionários. No ensino há direções e conselhos, e há funcionários docentes e não docentes. Os tipos de interações e de posicionamento tornam-se por vezes difíceis de descrever pelo modo como as frases do questionário estão redigidas. (...)</p> <p>xxiii. sou sócio gerente de empresa unipessoal onde trabalho sozinho por isso houve questões que não sabia como responder por não se aplicarem</p> <p>xxiv. Considero que o questionário está mais adaptado a funcionários que não sejam dirigentes</p> <p>xxv. Há questões que não se aplicam ao tipo de instituição onde trabalho mas que tentei responder da melhor forma</p> <p>xxvi. Pareceu-me em alguns quadros perguntas de certo modo semelhantes que talvez se pudessem agrupar para tornar o questionário mais curto. Está provado que existe uma correlação negativa entre o número de questões e a fiabilidade das respostas. O enviesamento aumenta com o número de questões. (...)</p>
<p>10 Sugestões de melhoria do protocolo</p>	<p>27 Identificação de questões e aspetos concretos que deviam figurar no protocolo ou a incluir em versões futuras (6.92)</p> <p>i. (...) Seria útil haver respostas do tipo "Não sei". Por exemplo, as perguntas relacionadas com possível ocultação de informação por parte da gerência...</p> <p>ii. Devia considerar incluir um campo de respostas "não se aplica", uma vez que me deparei com situações onde a opção não se aplicava no meu caso e tive de responder "nunca/quase nunca". Isso pode enviesar o seu trabalho.</p> <p>iii. - As opções de resposta deveriam ser em número par (ex.: 4 opções)</p> <p>iv. Sugiro utilização da escala de 5 pontos de forma crescente, ou seja, 1 = pior e 5 = melhor.</p> <p>v. (...) não seria de incluir (...) um destes quadros adicionais de comentário [?] (...) (Não se dará o caso de que nem sempre as perguntas (ou complementos visados) casam bem com as escalas prefiguradas)</p> <p>vi. Gostaria de sugerir que na resposta sobre os anos de trabalho, talvez fosse pertinente colocar também a opção "Meses" porque, tal como eu que trabalho há 5 meses (e coloquei zero na respectiva [sic] resposta), outras pessoas poderão ter dificuldades em responder.</p> <p>vii. (...) Não sei se será pertinente ou não, mas o nível de formação com referência às instituições de ensino, às quais cada um recebeu ensino, deveria ser possível referir. A Universidade ou o Politécnico, talvez. (...) e a forma como fomos formados também varia bastante entre as instituições de ensino. Tenho reparado bastante nisso, já que dou formação como monitora de estágio a futuros profissionais na área</p>

Tabela 5.32. Cont.

---

		<p>viii. No meu caso de enfermeiro a resposta relativamente às violências físicas e verbais no local de trabalho referem-se mais aos doentes do que à chefia ou aos colegas. Não sei se haverá possibilidade de diferenciação de respostas para um próximo questionário.</p> <p>ix. Talvez beneficiasse de inclusão de uma pergunta aberta sobre outras estratégias pessoais.</p> <p>x. Penso que falta um campo na parte das doenças onde se aborde as patologias da voz, uma vez que estão frequentemente associadas ao stress [sic] e a algumas actividades [sic] profissionais em particular.</p>
11	Clarificações	<p>39 (10.00)</p> <p>Esclarecimentos estritamente pessoais acerca do caso particular dos sujeitos ou justificações de algumas das suas respostas</p> <p><i>i. Sou farmacêutica no sector hospitalar privado.</i></p> <p><i>ii. O facto de ter contrato precário de recibos verdes influencia todo este questionário, boa sorte</i></p> <p><i>iii. Quando perguntam há quantos anos trabalho, escrevi 0 porque ainda não completou um ano.</i></p> <p><i>iv. Para além de professora, sou consultora</i></p> <p><i>v. Apenas gostaria de referir que é um part-time</i></p> <p><i>vi. No que concerne as autarquias, como é o meu caso, estamos dependentes dos eleitos, ou seja temos de 4 em 4 anos mudanças radicais nos procedimentos laborais.</i></p> <p><i>vii. Para além de trabalhar, também estou a concluir uma licenciatura pós-laboral.</i></p> <p><i>viii. Fui mãe e portanto a questão do sono está associada às noites interrompidas pela criança</i></p> <p><i>ix. Sendo também doutoranda, procuro de um modo geral responder aos inquéritos, dado que são uma fonte de informação muito útil à investigação a realizar.</i></p>

---

*económica (grande concorrência e objectivos [sic] crescentes de melhoria); competência das chefias (o nosso tecido empresarial ainda tem demasiados "patrões" e muito poucos gerentes). Alguns comentários ilustram mesmo a relação entre o ambiente psicossocial do trabalho e a saúde, mediada pela resposta psicobiológica de stresse: Sou uma jovem estagiária em arquitectura [sic], um curso e uma profissão que exige (...) muito tempo do meu dia e da minha vida (...). Devido ao panorama que se vive presentemente, (...) o stress [sic] acaba por ser por (...) quando as coisas não correm bem com o trabalho, e quando não sou reconhecida pelo que faço, o que dá uma descarga emocional negativa muito grande. (...) ficamos depressivos. É muito difícil gerir a vida pessoal com a vida profissional.* Na maior parte dos casos, julgamos que os comentários fornecidos permitem informar a investigação científica de situações e áreas passíveis de inclusão nas suas agendas empíricas; os comentários ilustrativos reproduzidos na Tabela 5.32 cobrem genericamente a totalidade dessas mesmas situações. Eles variam entre a mera aposição de um assunto (*discriminação sexual*) até à denúncia indignada: *na universidade (como antropólogo), existe um excesso de visão rotineira, dando o primado à escolaridade (como se fosse um liceu) sobre a investigação científica e sobre a criatividade, que são insuficientemente valorizadas. A Faculdade não funciona como um todo dinâmico mas como um agregado de 'capelas' departamentais, elas mesmas agregados de sub-capelas ideológicas ou narcísicas. Na psicanálise, a independência é total mas as instituições psicanalíticas têm os mesmos defeitos culturais (submissão a 'ordens de bicada', 'capelas', exigências de unanimismo epistemológico, desinteresse pela criatividade e pela investigação científica, primado da inveja e apreciação do comportamento rotineiro, etc.).* Assim, estes comentários parecem refletir a necessidade de muitos dos indivíduos inquiridos falarem sobre a sua experiência, de se fazerem ouvir, configurando-se como desabafos reforçadores da pertinência dos temas em estudo.

O tema da Categoria 4 é a recomendação de estratégias e atitudes antistresse. Estas sugestões são diretas, quando os participantes afirmam conselhos explícitos (e.g., comentário *iii* da Categoria 4 na Tabela 5.32), ou indiretas, quando testemunham o que fazem para lidar com o stresse do trabalho (e.g., comentário *v*, Categoria 4, Tabela 5.32).

A quinta categoria refere-se a críticas gerais ao estudo, as quais são genéricas o suficiente para não serem resolvidas com alterações específicas no protocolo de questionários. Por isso, foram incluídas nesta categoria, e não nas Categorias 8, 9 ou 10. Trata-se de objeções de natureza metodológica, concretamente atinentes ao processo de recolha de dados (e.g., comentário *iii* da Categoria 5; Cf. Tabela 5.32) e à definição das variáveis (e.g., comentário *i*, Categoria 5; Cf. Tabela 5.32). As críticas gerais mais referidas foram o possível enviesamento dos resultados pelo ambiente social e económico vivido no país (aquando da recolha de dados), e a utilização do termo inglês *coping*, em vez do recurso a uma alternativa de tradução portuguesa do mesmo.

A Categoria 6 engloba os comentários que traduzem uma diminuição da importância do trabalho ou do stresse associado ao mesmo. Trata-se de um conjunto de testemunhos que remetem para outras áreas de vida ou atitudes que parecem ser consideradas como mais relevantes, sugerindo uma secundarização do mal-estar especificamente originado pelo trabalho. Identificámos quatro grandes áreas ou subtemas: a família e o seu ciclo de vida (Cf. Tabela 5.32, Categoria 6, comentários *i*, *iii*, *vii*), a esfera político-social (Cf. Tabela 5.32, Categoria 6,

comentários *ii, vi, x*), a doença (Cf. Tabela 5.32, Categoria 6, comentário *v*) e atitudes (princípios, valores, posturas) pessoais ou coletivas (Cf. Tabela 5.32, Categoria 6, comentários *ix, xi, xiii*). As afirmações mais recorrentes prendem-se com o ciclo de vida familiar e a conjuntura socioeconómica.

As apreciações sobre o protocolo de questionários são introduzidas nas Categorias 7 e 8. Ambas refletem considerações globais sobre o conjunto de questões colocadas aos participantes. Estes comentários podem indiciar pistas interpretativas para discutir a validade facial da bateria de questionários, bem como adiantar sugestões interessantes para melhoria posterior daqueles últimos. Apelidámos a Categoria 7 de *protocolo agradável*, porque os comentários que a constituem indiciam tratar-se de um protocolo bem construído, compreensível e de fácil preenchimento. Como se pode constatar na Tabela 5.32, os adjetivos usados variam entre *simples, interessante, bem elaborado, bem estruturado, completo, não cansativo*. Em sentido oposto, a Categoria 8 denuncia um protocolo difícil, quase exclusivamente por ter sido considerado extenso e longo (Cf. comentários citados na Tabela 5.32). Note-se a curiosidade de ambas as categorias temáticas serem constituídas pelo mesmo número de comentários.

A nona categoria é a mais numerosa em termos de contribuições opinativas dos sujeitos em estudo, e representa a identificação de deficiências e lacunas específicas na globalidade do protocolo ou em questionários particulares. A observação dos exemplos constantes na Tabela 5.32 revela que os participantes criticaram a secção de caracterização sociodemográfica ou dos dados pessoais (por ex.: imprecisão na definição de algumas profissões; insuficiência ou inexistência de algumas opções de resposta, como aquelas relativas ao tempo de serviço, à existência de mais do que um local de trabalho, à formação, ou à constituição do agregado familiar); a linguagem ou discurso de algumas questões (repetições, ambiguidades ou inadequações); a escala de resposta (fosse a inversão da escala Likert de um dos questionários, fosse o número e grau de opções de resposta). As deficiências mais vezes apontadas prendem-se com (1) o desajustamento entre algumas das questões e a realidade laboral dos indivíduos, de que o exemplo mais comum é serem profissionais liberais (ou trabalharem sozinhos, não tendo chefias ou colegas – nestes casos, os sujeitos denunciavam que muitas questões não se aplicavam aos seus casos pessoais), e (2) com as opções de resposta (número/grau e direção).

A Categoria 10 comporta as sugestões concretas de melhoria e de inclusão de casos especiais no protocolo (no todo, ou em questionários específicos). Na Tabela 5.32 encontram-se exemplos dessas sugestões, que vão desde a inclusão de casos a inquirir, passando pela possibilidade de diferenciação de algumas respostas (ou complemento com questões abertas), até a sugestões relativas ao número de opções de resposta na escala Likert ou ao acrescento das opções de resposta “não sei” ou “não se aplica”. Pelo interesse que podem revestir para a investigação empírica na área da saúde no trabalho, julgamos pertinente enunciar tais contributos: inclusão de questões inquirindo a prática de desporto, instituição de ensino, *mobbing* e violência psicológica, doenças profissionais e acidentes de trabalho, se a doença referida surgiu no atual trabalho ou resulta de ocupações anteriores, segurança no trabalho, natureza do vínculo contratual, horário de trabalho (total ou parcial), se possui mais do que um local de trabalho, transições ocorridas na carreira, expectativas de evolução na carreira, relação entre o salário e o desempenho profissional, se é dono da empresa, perspectivas do indivíduo em rela-

ção à comunidade em que se insere, separar a vida profissional da vida familiar, e distinção entre adormecer natural ou medicado.

Por fim, a Categoria 11 refere-se a esclarecimentos e justificações pessoais que julgamos não dever incluir nas duas categorias anteriores, dada a ausência de direção dos comentários (negativos, de crítica, ou positivos, de sugestão). Uma vez que a inclusão numa dessas duas categorias comportaria um nível de subjetividade não incorrido nas categorizações anteriores, optámos por criar esta nova categoria. Para mais, alguns dos comentários não se enquadram em nenhuma das categorias extraídas; note-se, a título de exemplo, o comentário *ix* (Categoria 11; Cf. Tabela 5.32).

Observando a globalidade das 11 categorias e atendendo às similitudes entre elas, julgamos ser possível avançar dois meta-agrupamentos, o primeiro dividindo os comentários em positivos e negativos, e o segundo separando os comentários referentes aos temas em estudo daqueles circunscritos a questões metodológicas inerentes ao mesmo. Considerando como Categorias positivas a 1, 2, 3, 4 e 7, resulta um total de 51.53% de comentários positivos, favoráveis ao estudo e aos temas que lhe subjazem. As Categorias 5, 6, 8, 9, 10 e 11 podem ser consideradas negativas, menos favoráveis tanto ao estudo e temas, como a particularidades metodológicas (fundamentalmente, ligadas ao protocolo de questionários), e representam 48.47% da totalidade dos comentários. Neste sentido, poderíamos concluir por uma ligeira primazia das opiniões favoráveis ao estudo empreendido. Porém, julgamos pertinente registar que muitos dos comentários negativos são-no apenas na dimensão semântica da afirmação, mas não no seu valor pragmático. Ao criticar aspetos do estudo, muitos participantes parecem estar, na realidade, a contribuir positivamente para os seus resultados e efeitos. A Categoria 10 é o exemplo maior deste significado escondido em subtexto que julgamos encontrar em muitos dos comentários negativos. Assim, talvez a boa receção e apoio ao estudo, por parte dos sujeitos que acederam a comentar o mesmo, seja, de facto, maior que uma mera *ligeira primazia* da percentagem registada de comentários positivos. O segundo meta-agrupamento diferencia duas meta-categorias, a primeira constituída por comentários relacionados com os temas em estudo (Categorias 1-6), e a segunda por aqueles relativos a questões metodológicas (Categorias 7-11). Mais uma vez, regista-se um número aproximado de comentários entre os dois meta-agrupamentos, com o primeiro a manifestar uma ligeira prevalência (54.87%) sobre o segundo (45.13%). Por fim, as Categorias 1 (congratulações pelo estudo e pelo tema), recolhendo 20.00% dos comentários, e 9 (deficiências concretas no protocolo de questionários), albergando 21.03% das opiniões expressas, revelam-se as mais numerosas. Não podemos deixar de verificar uma curiosa reprodução dos dois meta-agrupamentos acima propostos: a manifestação de apreço pelo tema estudado, e a denúncia de aspetos metodológicos menos apreciados.

Enfim, julgamos que houve uma boa adesão dos indivíduos ao desafio de acrescentarem à sua participação no estudo comentários pessoais relativos ao mesmo. A percentagem de participação por nós assumida, na ordem dos 10 por cento, ilustra essa boa adesão – para mais quando alguns comentários salientam uma certa morosidade no preenchimento do protocolo – e pode ser entendida como um sinal de bom acolhimento do estudo e da pertinência dos temas abordados. Os resultados da análise de conteúdo efetuada, por um lado, reforçam esta interpretação, e demonstram, por outro, a pertinência desta estratégia empírica. Com efeito,

muitos sujeitos aproveitaram para dar testemunho das suas realidades ocupacionais, alguns mesmo ocupando totalmente o espaço de resposta com desabafos de grande exposição pessoal, comunicando o quanto os assuntos em torno da saúde no trabalho os afetavam. Muitas pessoas quiseram apenas saudar o estudo e os autores, enquanto outras se mobilizaram para apresentar sugestões relativas ao estudo. Neste caso particular, podemos concluir de novo pela pertinência e utilidade da estratégia, uma vez que as opiniões avançadas nos podem permitir entender melhor alguns resultados, e efetuar algumas modificações em estudos futuros, tendentes a melhores processos e resultados empíricos.

## 5.6. Sumário dos resultados

Encerramos o estudo analítico sumariando as conclusões que nos permitem responder às hipóteses de estudo e aos objetivos investigacionais. Assim:

1. O *coping* diferencia e determina a capacidade para o trabalho. Mais concretamente, verificámos existirem diferenças significativas entre o *coping* dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho e aqueles com menor capacidade para o trabalho. Além dessas diferenças, os resultados revelaram que algumas dimensões do *coping* determinam parcialmente a capacidade para o trabalho.
2. O *coping* é influenciado modestamente pelos fatores psicossociais do trabalho. Apesar de termos confirmado uma relação significativa entre algumas dimensões teóricas do *coping* e alguns fatores psicossociais do trabalho, os resultados das correlações indicam que essa relação, além de parcial, é fraca.
3. O *coping* varia com a profissão. O *coping* dos profissionais de saúde é estruturalmente diferente do *coping* dos não profissionais de saúde.
4. Os resultados permitem estabelecer perfis genéricos de bom *coping* (i.é., associado com boa ou excelente capacidade para o trabalho) e de mau *coping* (i.é., associado com pobre ou moderada capacidade para o trabalho), quer para os profissionais de trabalhos mentais em termos gerais, quer para os profissionais de saúde e para os não profissionais de saúde.
5. Os resultados sugerem que estratégias de *coping* podem ser desenvolvidas no sentido de reforçar o repertório de *coping* dos profissionais e de fomentar a sua saúde e bem-estar no trabalho.
6. Os resultados sugerem que dimensões psicossociais do trabalho podem ser melhoradas quer no sentido de suportar um *coping* mais eficaz dos profissionais, quer no sentido de promover a saúde ocupacional.

Acrescenta-se a síntese da totalidade dos resultados nas tabelas seguintes. Fixamos inicialmente as diferenças observadas ao nível das variáveis sociodemográficas (Tabela 5.33) e as diferenças registadas entre os grupos profissionais ao nível do *coping* e do ambiente psicossocial de trabalho (Tabela 5.34). Finalizamos com a caracterização do bom *coping* e do mau *coping* nas populações estudadas (Tabelas 5.35 a 5.37).

Tabela 5.33. Síntese das diferenças observadas relativas ao sexo, estado civil, idade e anos de serviço

		ICT	Fatores psicossociais no trabalho	Coping
Sexo	Homens	Maior	Influência, compromisso com o trabalho, previsibilidade, recompensas (reconhecimento), clareza do papel, qualidade da liderança, apoio dos superiores, satisfação no trabalho, confiança nos superiores, confiança nos colegas, justiça, comunidade social no trabalho, autoeficácia, melhor saúde geral, sintomas de stresse, burnout, problemas em dormir e sintomas depressivos	Humor
	Mulheres	Menor	Exigências emocionais e insegurança	Suporte instrumental, suporte emocional, religião, autculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração e desinvestimento comportamental
	Sem diferenças	–	Exigências quantitativas, ritmo, exigências cognitivas, possibilidades de desenvolvimento, apoio social de colegas, conflito trabalho/família, <i>bullying</i>	<i>Coping</i> ativo, planeamento, reinterpretação positiva e uso de substâncias
Estado civil	Casados/ Unidos	Semelhante	Melhor organização e conteúdo, melhores relações sociais e liderança, maior satisfação no trabalho, mais confiança nos superiores, justiça e autoeficácia	
	Solteiros		Melhor Saúde geral; menos influência no trabalho, significado no trabalho, previsibilidade, qualidade da liderança, apoio dos superiores, mais insegurança no trabalho, menos satisfação, menos autoeficácia, mais <i>burnout</i> e mais comportamentos ofensivos	Suporte instrumental, suporte emocional, autodistração e desinvestimento comportamental
	Viu/Sep/Div		Menos confiança nos superiores, menos problemas em dormir	
	Sem diferenças		Exigências laborais, significado do trabalho, apoio de colegas, conflito trabalho/família, confiança nos colegas, stresse (sintomas)	Todas as restantes
Idade & Anos de serviço	Mais jovens e com menos anos de serviço	Igual	Menos influência no trabalho, menos previsibilidade, menor clareza do papel, mais insegurança profissional, menos autoeficácia, melhor saúde geral, mais <i>burnout</i> (nota: correlações fracas)	Suporte instrumental, suporte emocional, autculpabilização e autodistração (nota: correlações fracas)



Tabela 5.34. Síntese das diferenças observadas entre os grupos profissionais

	Profissionais de saúde	Não profissionais de saúde	Sem diferenças
			<b>Capacidade para o trabalho</b>
<b>Fatores psicossociais no trabalho</b>	Exigências emocionais	Exigências quantitativas	Ritmo de trabalho
	Exigências cognitivas	Recompensas (reconhecimento)	Influência
	Possibilidade de desenvolvimento	Conflitos de papel	Compromisso
	Significado no trabalho	Qualidade na liderança	Previsibilidade
	Apoio de colegas	Apoio dos superiores	Clareza do papel
	Insegurança no trabalho	Satisfação no trabalho	Conflito trabalho/família
	Saúde geral	Confiança nos superiores	Confiança nos colegas
	<i>Burnout</i>	Autoeficácia	Justiça
	Problemas em dormir	Comunidade	
	Sintomas depressivos	Stresse (sintomas)	
		Comportamentos ofensivos	
<b>Coping</b>	Suporte instrumental	Negação	<i>Coping</i> ativo
	Suporte emocional		Planeamento
	Religião		Reinterpretação positiva
	Aceitação		Autoculpabilização
	Expressão de sentimentos		Autodistração
			Desinvestimento comportamental
		Uso de substâncias	
		Humor	

Tabela 5.35. Síntese do coping no trabalho mental

	Bom coping	Mau coping
<b>Dimensões de coping</b>		
<i>Modelos de previsão</i>		
	+	Coping ativo -
	+	<i>Reinterpretação positiva</i> <sup>1</sup> -
	≈0	<b>Uso de substâncias</b> <sup>1</sup> +
	≈0	<i>Desinvestimento comportamental</i> <sup>1</sup> +
	-	Autoculpabilização +
	-	Autodistração +
	-	Suporte instrumental +
<i>Comparações de médias</i>		
	+	Planeamento -
	+	Aceitação -
	+	Humor +
	-	Religião <sup>1</sup> +
	-	Expressão de sentimentos <sup>1</sup> +
	≈0	Negação <sup>1</sup> +
	-	Suporte emocional +
<i>Análises fatoriais</i>	.Maior complexidade e diferenciação .Maior confrontação do stresse profissional .Confrontação de uns problemas, desinvestimen- to de outros	.Maior simplicidade estrutural .Menor confrontação dos pro- blemas .Apoio social como escape
<b>Contributos psicossociais<sup>2</sup></b>		
<i>Análise das correlações</i>		
	+	<b>Saúde e bem-estar*</b> → RP, AC, N, DC, CA, SE, ES, US, H -
	+	<i>Autoeficácia</i> → CA, RP, DC, P, SE -
	+	<i>Satisfação no trabalho</i> → DC, CA, RP -
	+	<i>Significado do trabalho</i> → RP, DC, CA, P -
	+	<i>Exigências cognitivas</i> → P, CA, RP -
	+	<i>Recompensas (reconhecimento)</i> → DC, CA, RP -
	+	<i>Clareza do papel</i> → DC, P -
	+	<i>Exigências emocionais</i> → P, SE -
	+	<i>Influência no trabalho</i> → CA, P, RP -
	+	Possibilidades desenvolvimento → CA, RP, DC -
	+	<i>Previsibilidade</i> → RP, DC -
	+	Qualidade da liderança → RP, DC -
	+	Apoio social de superiores → DC -
	-	<i>Insegurança no trabalho</i> → N +
	+	Confiança nos superiores → DC -
	+	Justiça → DC -

+: maior frequência, intensidade ou qualidade; -: menor frequência, intensidade ou qualidade; ≈0: praticamente não utilizado  
A ordenação decrescente da importância dos fatores de acordo com a combinação dos dados das diferentes análises estatísticas segue a formatação: **negrito**, *itálico sublinhado*, *itálico*, normal

\*: Incluem-se nesta dimensão os fatores saúde geral, stresse, burnout, problemas em dormir e sintomas depressivos

<sup>1</sup>: diferencia estatisticamente os grupos com ICT pobre e com ICT moderado

<sup>2</sup>: destaca-se os fatores propostos nos modelos de previsão do ICT

CA: coping ativo; P: planeamento; SI: suporte instrumental; SE: suporte emocional; R: religião; RP: reinterpretação positiva; AC: autoculpabilização; A: aceitação; ES: expressão de sentimentos; N: negação; AD: autodistração; DC: desinvestimento comportamental; US: uso de substâncias (medicamento/álcool); H: humor.

Tabela 5.36. Síntese do coping dos profissionais de saúde

	Bom coping	Mau coping
<b>Dimensões de coping</b>		
<i>Modelos de previsão</i>	+	<b>Coping ativo</b> -
	+	<i>Reinterpretação positiva</i> -
	≈0	<u><i>Desinvestimento comportamental</i></u> +
	=	Suporte instrumental =
<i>Comparações de médias<sup>1</sup></i>	+	Planeamento <sup>2</sup> -
	-	<i>Religião</i> +
	-	Suporte emocional <sup>2</sup> +
	-	Autoculpabilização <sup>2</sup> +
	-	Autodistração <sup>2</sup> +
	≈0	Uso de substâncias +
	≈0	Negação <sup>2</sup> +
<i>Análises fatoriais</i>	.Maior complexidade e diferenciação .Maior confrontação: a opção prioritária é enfrentar, depois reinterpretar e por fim desligar .Apoio social: menos “peso” e função instrumental .Humor: função instrumental	.Maior simplicidade estrutural .Evitamento: opção prioritária .Apoio social: maior “peso” e função de amparo .Humor com função escapista
<b>Contributos psicossociais<sup>3</sup></b>		
<i>Análise das correlações</i>	+	<b>Saúde e bem-estar*</b> → CA,RP,AC,N,DC,US,SE -
	+	<u><i>Autoeficácia</i></u> → CA, RP, DC, SE, N -
	+	<i>Satisfação no trabalho</i> → DC, RP, N -
	+	<u><i>Significado do trabalho</i></u> → RP, DC, CA, P, AD -
	+	<i>Exigências cognitivas</i> → P, CA, RP, DC -
	+	<i>Recompensas (reconhecimento)</i> → DC, RP -
	+	<i>Clareza do papel</i> → DC, CA, P, AD -
	+	<i>Exigências emocionais</i> → P, SE -
	+	<i>Influência no trabalho</i> → CA, P, RP, DC -
	+	<i>Possibilidades desenvolvimento</i> → CA, RP, DC -
	+	<u><i>Previsibilidade</i></u> → DC, AD -
	+	<i>Qualidade da liderança</i> → DC, RP -
	+	Apoio social de superiores → DC -
	-	Insegurança no trabalho → AD +
	+	Confiança nos superiores → AD, DC -
	+	<i>Justiça</i> → AD, DC -
	+	Comunidade social no trabalho → DC -
	-	Bullying → DC +
	-	Conflitos de papel → ES +

+: maior frequência, intensidade ou qualidade; -: menor frequência, intensidade ou qualidade; =: sem diferenças estatisticamente significativas; ≈0: praticamente não utilizado; A ordenação decrescente da importância dos fatores de acordo com a combinação dos dados das diferentes análises estatísticas segue a formatação: **negrito**, itálico sublinhado, itálico, normal

\*: Incluem-se nesta dimensão os fatores saúde geral, stresse, burnout, problemas em dormir e sintomas depressivos

<sup>1</sup>: excluem-se as dimensões sem diferenças estatisticamente significativas nem propostas pelos modelos de previsão

<sup>2</sup>: omitindo resultados do ICT pobre

<sup>3</sup>: destaca-se os fatores propostos nos modelos de previsão do ICT

CA: coping ativo; P: planeamento; SI: suporte instrumental; SE: suporte emocional; R: religião; RP: reinterpretação positiva; AC: autoculpabilização; A: aceitação; ES: expressão de sentimentos; N: negação; AD: autodistração; DC: desinvestimento comportamental; US: uso de substâncias (medicamento/álcool); H: humor.

Tabela 5.37. Síntese do coping dos não profissionais de saúde

	Bom coping	Mau coping
<b>Dimensões de coping</b>		
<i>Modelos de previsão</i>	≈0	<b>Uso de substâncias</b> +
	+	Reinterpretação positiva -
	+	Planeamento -
	≈0	Desinvestimento comportamental +
	-	Autoculpabilização +
<i>Comparações de médias<sup>1</sup></i>	+	<i>Coping ativo</i> -
	+	Humor -
	+	Aceitação <sup>2</sup> -
	-	Suporte instrumental +
	-	Suporte emocional +
	-	Expressão de sentimentos +
	-	<i>Negação</i> +
	-	Autodistração +
<i>Análises fatoriais</i>	.Maior confrontação	.Maior evitamento
	.Humor como distração	
	.Religião como aceitação	
<b>Contributos psicossociais<sup>3</sup></b>		
<i>Análise das correlações</i>	+	<b>Saúde e bem-estar*</b> → RP, AC, ES, N, DC, CA, SE, US, H -
	+	Autoeficácia → CA, RP, P, DC -
	+	<i>Satisfação no trabalho</i> → DC, RP, CA -
	+	Significado do trabalho → P, RP, DC, CA, -
	+	Exigências cognitivas → P, CA, RP, -
	+	Recompensas (reconhecimento) → CA, P, RP, DC -
	+	Clareza do papel → P, DC -
	+	<i>Exigências emocionais</i> → P -
	+	<i>Influência no trabalho</i> → CA, P, RP -
	+	Possibilidades desenvolvimen → CA, RP -
	+	<i>Previsibilidade</i> → P, RP, DC -
	+	Qualidade da liderança → RP -
	+	Apoio social de superiores → DC -
	+	Confiança nos superiores → DC -
	+	Justiça → DC -

+: maior frequência, intensidade ou qualidade; -: menor frequência, intensidade ou qualidade; ≈0: praticamente não utilizado

A ordenação decrescente da importância dos fatores de acordo com a combinação dos dados das diferentes análises estatísticas segue a formatação: **negrito**, itálico sublinhado, *itálico*, normal

\*: Incluem-se nesta dimensão os fatores saúde geral, stresse, burnout, problemas em dormir e sintomas depressivos

<sup>1</sup>: excluem-se as dimensões sem diferenças estatisticamente significativas nem propostas pelos modelos de previsão

<sup>2</sup>: omitindo resultados do ICT pobre

<sup>3</sup>: destaca-se os fatores propostos nos modelos de previsão do ICT

**CA**: coping ativo; **P**: planeamento; **SI**: suporte instrumental; **SE**: suporte emocional; **R**: religião; **RP**: reinterpretação positiva; **AC**: autoculpabilização; **A**: aceitação; **ES**: expressão de sentimentos; **N**: negação; **AD**: autodistração; **DC**: desinvestimento comportamental; **US**: uso de substâncias (medicamento/álcool); **H**: humor.

As conclusões sumariadas e os resultados sintetizados no presente capítulo serão debatidos no capítulo seguinte, a par da discussão metodológica e teórica suscitada pelos resultados.



## 6. Discussão

Que acrescenta à cartografia do território do *coping* no trabalho os resultados do presente estudo? Julgamos que, de uma maneira geral, eles reforçam as direções principais precedentemente apontadas pela literatura e contribuem não só para aclarar alguns caminhos mais específicos, como também para explorar outras possibilidades de progressão nesse vasto território. No presente capítulo damos conta destes aditamentos cartográficos. Ele organiza-se com base nas questões investigacionais, nos objetivos do estudo e nos níveis de análise propostos no desenho metodológico que elegemos. Optamos por nos centrar de imediato nas conclusões, interpretações e interpelações que os dados nos permitem ensaiar acerca dos constructos nucleares ao estudo – nomeadamente, daqueles que analisámos enquanto variáveis independentes, o *coping* e os fatores psicossociais – até porque as variáveis sociodemográficas e demais aspetos metodológicos não só não condicionam as nossas leituras finais, como inclusivamente lhes parecem conferir segurança; isso mesmo procuramos discutir nos capítulos 6.7 a 6.10.

### 6.1. O *coping* determina a capacidade para o trabalho

Impõe-se-nos esclarecer e precisar a afirmação acima titulada. Os resultados revelaram que algumas dimensões teóricas do *coping* determinam parcialmente a capacidade para o trabalho. Concretamente, as dimensões incluídas nos modelos de previsão foram o *Coping* Ativo, Planeamento, Utilização de Apoio Instrumental, Reinterpretação Positiva, Autoculpabilização, Autodistração, Desinvestimento Comportamental, e Uso de Substâncias. Listando desta forma as dimensões de *coping* que predizem a capacidade para o trabalho, duas questões se nos impõem de imediato: e as restantes dimensões de *coping*, não contam na determinação da saúde no trabalho? E mesmo as identificadas, possuem todas a mesma importância preditiva? Relativamente à primeira questão, o facto de o modelo não as incluir não significa que elas não possuam poder preditivo, mas apenas que são menos relevantes no modelo em causa, o qual mostra existirem outras variáveis do *coping* que são mais determinantes na previsão da saúde no trabalho. Além do mais, as análises estatísticas anteriores indiciam a contribuição das dimensões de *coping* excluídas do modelo para a saúde no trabalho, seja pela análise das médias registadas em cada nível de capacidade para o trabalho nas diferentes subamostras estudadas (em que apenas se registou um zero absoluto, relativo ao *coping* de uso de substâncias na subamostra de PS com ICT pobre), seja pela associação fatorial entre elas. Em relação à segunda questão, os resultados mostram claramente que umas dimensões de *coping* são mais

determinantes que outras, como é o caso do *Coping* Ativo, da Reinterpretação Positiva, do Desinvestimento Comportamental e do Uso de Substâncias, por comparação com os restantes modos de *coping* postulados pelos modelos de previsão. E mesmo dentro desta lista restrita, registaram-se variações interessantes, como por exemplo o uso de substâncias, decisivo na amostra total e nos NPS, mas assumindo o nível mais baixo de importância relativa na população amostral dos PS. Também por isso, importa não restringir a discussão da contribuição do *coping* no trabalho para a saúde ocupacional aos resultados dos modelos de previsão, por muito apelativos que eles sejam. Com efeito, tal discussão resulta enriquecida com a integração dos resultados obtidos noutras análises, como é o caso dos estudos fatoriais empreendidos.

O *coping* diferencia a saúde no trabalho, operacionalizada e medida pelo ICT. Com efeito, os resultados revelaram diferenças significativas entre o *coping* dos profissionais com elevada capacidade para o trabalho e o *coping* daqueles com menor capacidade para o trabalho. Desde logo, os profissionais de colarinho branco com melhor capacidade para o trabalho (particularmente, aqueles com ICT excelente) parecem dispor e usar um *coping* mais complexo que o dos seus colegas com menor capacidade para o trabalho. Já nas subamostras profissionais o mesmo não se verifica, quer por não ter sido possível explorar a configuração fatorial do *coping* nos profissionais com pobre ICT, quer porque as soluções verificadas apenas sustentam este aumento de complexidade nos profissionais de saúde.

Reportando-nos à amostra total, verificamos que apesar de em todos os níveis de ICT se usar primeiramente o *coping* de confrontação positiva dos problemas (i.é., elevado *coping* ativo, reinterpretação positiva e planeamento, e reduzido desinvestimento comportamental) e secundariamente o recurso ao apoio social (i.é., utilização de suporte social quer emocional, quer instrumental) se registam diferenças significativas em termos de intensidade entre o grupo com ICT excelente e o grupo com ICT pobre: os primeiros usam mais o *coping* positivo, ao passo que os segundos usam mais o recurso ao apoio social. Note-se ainda que o *coping* de desligamento (i.é., negação, desinvestimento comportamental e autculpabilização) é a terceira dimensão mais forte nos grupos com ICT pobre e moderado, enquanto nos grupos com ICT bom e excelente é a quarta. Ao contrário dos profissionais com pobre ou moderada capacidade para o trabalho, os colegas com boa e excelente capacidade para o trabalho parecem capazes de utilizar a autodistração e o humor enquanto estratégias de *coping* independentes.

Algumas diferenças adicionais entre as quatro classes de ICT colocam-nos questões intrigantes. Começando pelo fator que agrega o humor e a autodistração nos profissionais com boa e excelente capacidade para o trabalho: será que este dado significa que esses indivíduos usam o humor juntamente com a autodistração, o que sugere que se envolvem em estratégias ativas e prazenteiras para relaxar e recuperar alguma energia antes de retomar o confronto com os problemas? Existem evidências empíricas de que o *coping* de distração desempenha essa função (Shimazu & Schaufelli, 2007), mas passar-se-á o mesmo com as duas estratégias combinadas? Os profissionais com moderada capacidade para o trabalho enfrentam ativamente as causas de stresse mas de uma forma aparentemente ansiosa – será esse o significado da presença do humor no fator cimeiro do *coping* de confrontação positiva? Ou seja, será o uso do humor uma manifestação ansiosa da confrontação dos problemas? Com efeito, será pouco provável que alguém se divirta a lidar com o stresse... ou talvez não! O *coping* de desligamento (que no capítulo 5 designámos por extenso: Evitamento-Desligamento-Escape) no grupo com



moderada capacidade para o trabalho divide-se em dois, sugerindo que aquele modo de *coping* poderá cumprir duas funções, uma delas o recuo em relação aos problemas (será isso que significa a presença da autodistração juntamente com a negação e o desinvestimento comportamental?) e a outra, uma forma de rendição perante o encontro de stresse (será esse o significado do quarto fator, que agrupa a autoculpabilização e o uso de substâncias?). Apesar de estatisticamente pouco consistente, o fator desligamento do grupo com bom ICT revela bom poder na explicação da variância dentro do padrão de *coping* a que pertence. Neste grupo, a primeira opção de *coping* (em termos de variância explicada, note-se) é o *coping* de confrontação positiva dos problemas. Será que a conjugação destes dois dados significa que os profissionais com boa capacidade para o trabalho são capazes de se desligar do stresse do trabalho, provavelmente se não antecipam consequências prejudiciais? O fator apoio social é o mais forte nos grupos com pobre e com excelente capacidade para o trabalho, no entanto no primeiro ele associa-se à autodistração, sugerindo que o apoio social tem um significado diferente nos dois grupos. O *coping* dos profissionais com boa e excelente capacidade para o trabalho apresenta o mesmo fator constituído pela autodistração e o humor, ainda que ele seja mais forte no último. O *coping* de confrontação positiva dos problemas parece não implicar a aceitação entre os profissionais com ICT excelente, onde aquela dimensão se agrupou com a religião. Considerando este dado, bem como a consistência do primeiro fator (apoio social) e a primazia da confrontação positiva dos problemas, parece que os profissionais com excelente capacidade para o trabalho não atribuem tanta importância ao seu trabalho como poderão atribuir a outras áreas de vida. De facto, eles praticamente não recorrem a esforços de desligamento ou evitamento, o que pode indicar não só que são capazes de lidar com o stresse do trabalho, como também que o stresse no trabalho não é elevado ou não os preocupa significativamente. Esta explicação hipotética, assim como as questões em aberto que acima formulámos, melhor seriam compreendidas através de metodologias qualitativas, as quais o estudo do *coping* no trabalho deve integrar no seu *corpus* investigacional regular. Em conclusão, as evidências empíricas do nosso estudo sustentam a asserção de que a saúde no trabalho é (também) função de determinadas configurações de *coping*.

## 6.2. O *coping* é influenciado pelos fatores psicossociais

Olhando para a importância relativa dos fatores psicossociais que mais se correlacionam com o *coping*, resulta que este último poderá ser mais influenciado pelo estado de saúde e bem-estar dos indivíduos, pela sua satisfação profissional, pela autoeficácia, pelo significado do trabalho, pelos fatores relativos à segurança psicológica no trabalho (previsibilidade, recompensas/reconhecimento, insegurança no trabalho, confiança nos superiores e justiça), pelas exigências psicológicas (exigências emocionais, exigências cognitivas e possibilidades de desenvolvimento), pela clareza do papel, pela influência no trabalho, pela qualidade da liderança e pelo apoio social dos superiores. O fator psicossocial que de modo mais consistente influencia o *coping* é a saúde e bem-estar (saúde geral, problemas em dormir, *burnout*, sintomas de stresse e sintomas depressivos), um dado absolutamente compreensível tendo em conta que o *coping* representa os esforços das pessoas para se adaptarem a situações de desequilíbrio. Será que este dado significa que as pessoas usam o *coping* apenas em situações

de mal-estar (como é de esperar, já que o *coping* é o comportamento humano perante a adversidade), ou poderá também indicar que quanto melhor o seu estado de saúde, melhor a sua ação de *coping* e os seus resultados? Aliá, a relevância da satisfação no trabalho enquanto fator que influencia o *coping* pode ser entendida na mesma linha de raciocínio. Ora, do ponto de vista empírico, o nosso estudo não permite responder àquela questão, dado o seu carácter correlacional. Do ponto de vista teórico, julgamos que a questão merece uma resposta duplamente positiva. Por um lado, as pessoas só se envolvem em esforços de *coping* quando avaliam a sua relação com o meio como uma perda, um dano, uma ameaça ou um desafio (e portanto é de esperar alguns sintomas de mal-estar a sinalizarem a mesma); por outro lado, quanto mais saudáveis e satisfeitas com o trabalho, maior a probabilidade de eficácia desses mesmos esforços de adaptação. Esta última hipótese interpretativa é reforçada pelo facto interessante revelador de a autoestima (i.é., uma característica da personalidade) ser também um dos mais decisivos fatores na influência psicossocial sobre o *coping*.

Descontando os fatores acima discutidos, sobram aqueles apenas relacionados com a organização psicossocial do trabalho. Uma análise semântica (rápida e não sistemática) dos mesmos permite sintetizar e isolar os atributos genéricos por eles partilhados. Assim, os valores que parecem influenciar de modo mais crítico o *coping* são o significado, a segurança, a justiça, o desafio, a clareza, o controlo e a liderança. Atente-se nas correspondências semânticas que identificámos: significado (do trabalho); segurança (a presença de todos os itens que a análise fatorial efetuada agrupou num mesmo fator, que designámos justamente por Segurança Psicológica no Trabalho; em particular os fatores Previsibilidade e Insegurança no Trabalho); justiça (ela própria, acrescida do fator Recompensas/Reconhecimento); desafio (o fator por nós designado Exigências Psicológicas do Trabalho, que compreende os itens Exigências Cognitivas, Exigências Emocionais e Possibilidades de Desenvolvimento); clareza (do papel); controlo (influência no trabalho); liderança (qualidade da liderança, apoio social dos superiores e confiança nos superiores). Note-se que este dado empírico revelado pelo nosso estudo confirma em toda a linha as proposições enunciadas pelos modelos teóricos do stress ocupacional (Cf. Capítulo 2.2), segundo os quais haverá menos stress no trabalho e maior saúde e rendimento organizacional se as exigências se ajustarem aos indivíduos (desafio, segurança, clareza, liderança), se o trabalho corresponder às suas necessidades e motivações (significado), se eles possuírem controlo sobre as exigências, e se as recompensas compensarem o seu esforço (justiça, liderança).

Apesar da verificação empírica da influência do ambiente psicossocial do trabalho sobre o *coping* dos profissionais de trabalhos mentais, os resultados aconselham reserva quanto à dimensão de tal constatação. Com efeito, a correlação entre as duas variáveis resultou parcial e tendencialmente fraca, o que pode indicar que a relação entre o *coping* no trabalho e o ambiente psicossocial do trabalho não é tão forte como concetualmente seria de esperar. É fácil aceitar que a correlação seja parcial, porque é natural que nem todos os fatores psicossociais sejam determinantes na escolha de estratégias de *coping*. Justamente porque o *coping* é influenciado principalmente por outros fatores (avaliação cognitiva da situação stressora, traços e características da personalidade, mas também por outros recursos que não os psicossociais do trabalho), seria mais fácil aceitar a tendência correlacional fraca, se ela não se revelasse *tão fraca*. Com efeito, assumindo valores de  $R^2$  a partir das correlações observadas, apenas para efeitos de analogia ilustrativa (matematicamente, o  $R^2$  só pode ser utilizado quando se

verifica o princípio da linearidade entre variáveis, o qual as baixas correlações podem não sustentar), concluímos que os fatores psicossociais preditivos apenas influenciam o *coping* em dois a nove por cento. Uma primeira explicação residirá na influência de outro fator determinante na escolha das estratégias de *coping* das pessoas – a personalidade. Com efeito, e como revimos no Capítulo 1, as disposições da personalidade poderão desempenhar um papel mais preponderante na seleção de atos de *coping* do que as circunstâncias da situação stressora ou os recursos (psicossociais, no caso) disponíveis. Deste modo, a baixa influência dos fatores psicossociais não é tão estranha de interpretar, resultando inclusive mais compreensível. Aliás, o coeficiente de correlação mais elevado, e portanto a influência de maior efeito registada (uns supostos nove por cento) foi justamente com uma característica atribuível à personalidade: a autoeficácia. Note-se que este valor correlacional da autoeficácia com o *coping* (.30) se encontra na ordem (até ligeiramente maior) que aqueles desvendados por meta-análises sobre a influência do otimismo sobre o *coping* de envolvimento (.13 a .17) e sobre o *coping* de desligamento (-.21 a -.29) (Carver & Connor-Smith, 2010).

Note-se que os coeficientes de correlação por nós destacados andam na ordem do .20, e no caso da autoeficácia, .30. Olhando para estes valores de um ponto de vista puramente estatístico, deveríamos, no limite, contradizer o título acima proposto: as baixas correlações entre as duas medidas sugerem que o *coping* é parcialmente independente do ambiente psicossocial do trabalho. Apesar de aparentemente infirmar as nossas expectativas teóricas, este dado encontra suporte empírico na literatura. Por exemplo, Eriksen & Ursin (1999) sugerem que a saúde subjetiva é mais determinada pelos mecanismos individuais de *coping* do que pelos fatores organizacionais. No entanto, aqueles autores investigaram trabalhadores (principalmente) manuais (funcionários dos serviços postais noruegueses) cujas ocupações se caracterizam por elevadas exigências e reduzido controlo; ou seja, uma população amostral e um contexto ocupacional opostos ao observado no nosso estudo. Do ponto de vista teórico, por sua vez, é difícil interpretar os resultados como provas de independência entre fatores psicossociais e *coping*. Desde logo, por uma razão psicométrica, como aludimos no Capítulo 5.3.2: sendo verdade que a grande dimensão da amostra favorece o surgimento de correlações estatisticamente significativas, é também verdade que a operacionalização dos constructos em estudo acarreta um ruído que pode justificar que os efeitos estatísticos mínimos encontrados sejam na realidade mais significativos (Cohen, 1988). Recorde-se que diferenciámos os fatores psicossociais em três tipos: um mais causal, relacionado com a organização psicossocial do trabalho; outro, traduzindo consequências ao nível da saúde e bem-estar; e outro, relativo à personalidade e portanto potencialmente moderador da relação entre os dois primeiros (Cf. Capítulo 2.1). Sendo os três conceptualmente distintos, é razoável contar com uma substancial independência estatística entre eles, assim como com uma contribuição diferenciada de cada um sobre o *coping*; aliás, a análise das correlações comprova ambas as assunções. O que ela não nos permite conhecer, porém, é os efeitos da *combinação* desses diferentes fatores. Assim, seria interessante descortinar o peso relativo de cada um deles sobre o *coping*, quer descontando a contribuição dos fatores consequentes e personalísticos, quer inclusivamente acrescentando outros fatores, como os familiares e os macrostressores (nomeadamente, as circunstâncias socioeconómicas vividas no país aquando da recolha de dados). Com efeito, os próprios participantes no estudo alertaram para um e outro, ao declararem, por exemplo e respetivamente, que *a família (meu marido e meus filhos) é o elo mais importante, pois apoia,*

*entende (...) e colabora, ou que algumas perspectivas [sic] sombrias relativamente ao futuro e estabilidade no trabalho, são motivadas por factores [sic] externos, tais como dificuldades económicas e falta de competência da governação* (Cf. Tabela 5.32). Desse modo, poder-se-ia “limpar” possíveis efeitos interativos (aditivos ou subtrativos) desses fatores sobre aqueles que assumimos como stressores/recursos na determinação do *coping*. Só com estudos suplementares, bem como com outros métodos estatísticos (por ex., análises de regressão), se poderá elucidar esta hipótese de que a contribuição dos fatores psicossociais para o *coping* revelada pelo nosso estudo, se bem que estatisticamente fraca, possa traduzir, em termos reais, um impacto significativamente maior.

A opção pelo recurso a um desenho correlacional servia os nossos intentos de caracterizar empiricamente as contribuições do *coping* para a saúde no trabalho, bem como aquelas das outras dos fatores psicossociais para o *coping* e para a saúde. Estudar a natureza dos efeitos entre estas três variáveis estava fora do âmbito do nosso estudo. Porém, os dados revelados alertam para a pertinência de estudos futuros que esclareçam esses efeitos, recorrendo quer a desenhos longitudinais, quer a outras metodologias estatísticas como referimos nos Capítulos 6.9 e 6.10. Os fatores relativos à liderança ilustram tal pertinência: será que os efeitos da qualidade da liderança, da confiança nos superiores e do apoio dos superiores sobre a capacidade para o trabalho assumem a mesma natureza? Talvez qualidade da liderança seja mediada pelo *coping*, porquanto ao ser percebida pelos trabalhadores os leve a optar por estratégias de *coping* mais eficazes. Talvez a confiança nos superiores seja moderada pelo *coping*, na medida em que este último atenua os efeitos negativos do stress quando há elevada confiança nos superiores sobre a saúde ou amplifique os mesmos, nas mesmas circunstâncias stressoras. Talvez o apoio dos superiores revele um efeito direto sobre a saúde no trabalho, sem mediação ou moderação do *coping*, dada a sua contribuição instrumental para a forma como as pessoas lidam com o stress no trabalho. Como antes referimos, só com outros estudos estas hipóteses podem ser adequadamente testadas.

### 6.3. O *coping* varia com a profissão

Os resultados do presente estudo não só revelam que os dois tipos de profissionais lidam com o stress de modo diferente, como também que o *coping* dos PS é estruturalmente diferente do *coping* dos NPS. As diferenças atribuíveis à profissão afiguram-se nos pertinentes. O *coping* dos PS caracteriza-se sobretudo pela adesão às circunstâncias stressoras do seu trabalho. Aparentemente, eles não só tentam aceitar e aprender a viver com as mesmas, como procuram ajuda para as enfrentar e o conforto de alguém com quem possam “desabafar”, e até um conforto espiritual. Por seu lado, os NPS parecem resistir às circunstâncias stressoras dos seus trabalhos através da negação. A estrutura do *coping* nos dois grupos mantém o que acima se disse. A segunda mais forte configuração estrutural do *coping* nos NPS corresponde ao fator Evitamento-Desligamento-Escape (Negação, Autoculpabilização e Desinvestimento Comportamental). Significará isto que estes profissionais tentam negar e fugir da realidade das suas transações de stress? Ou significará que elas são interpretadas como pouco importantes ou ameaçadoras, e portanto não ligar muito às mesmas pode ser a forma mais saudável de

lidar com elas? A dimensão ativa e positiva do seu *coping* parece pesar pouco na globalidade dos seus esforços de adaptação e superação, estando mesmo ao nível do uso de substâncias entre os PS. Além do mais, aparentam usar o *coping* ativo e positivo de modo pouco confiante, como o pode denotar a presença de um item de Autoculpabilização no fator. Entre os PS a aceitação parece ser “operacional”, porquanto traduzida pela automática confrontação positiva do stresse. Para mais, a escala de Aceitação agrupa-se com a da Autoculpabilização, o que parece traduzir menos a aceitação da realidade stressora que a resignação à mesma. É também significativo que este tipo de *coping* seja o mais fraco na estrutura do *coping* dos cuidadores. O humor é também diferente nos dois grupos, na sua estrutura mas (curiosamente) não no seu peso no contexto global do *coping*: o Humor é o terceiro fator mais forte em ambos os grupos. Nos PS, ele associa-se à Reinterpretação Positiva, o que parece indicar que é usado no sentido de “aligeirar” as transações de stresse (fator por nós designado de Inversão Humorística), ao passo que entre os NPS ele se junta à Autoculpabilização, o que pode indicar que os sujeitos tentam diminuir as consequências negativas de situações stressoras que não conseguem resolver. A ser assim, os resultados deste estudo indiciam que o humor no *coping* dos profissionais de trabalhos mentais tanto pode ser adaptativo, como mal-adaptativo, e que essa valoração se faz no contexto da forma como as outras estratégias estruturam o *coping*. Trata-se de um dado que exploraremos adiante, a propósito das considerações teóricas suscitadas pelo estudo. Por fim, para os não cuidadores parece não ser tão importante a expressão de sentimentos e a autodistração como o são para os PS. Querirá isto dizer que, por não necessitarem tanto dessas estratégias, se conseguem “desligar” mais facilmente do stresse do trabalho? O trabalho dos profissionais de saúde é, com efeito, mais exigente em termos emocionais, porque convoca inclusivamente o uso das emoções para a prossecução das tarefas de trabalho (como por exemplo, a capacidade de ser empático, a paciência, a contenção emocional). O uso instrumental das emoções no trabalho constitui o que Hochschild (2012) designou, há três décadas, de *trabalho emocional*. Talvez o trabalho emocional “obrigue” os profissionais a envolverem-se mais no *coping*; talvez os profissionais de trabalhos (sobretudo) mentais (isto é, não tanto emocionais) consigam mais facilmente desligar-se dos mesmos.

#### 6.4. O bom e o mau *coping* no trabalho mental

De forma a controlar o risco de usarmos os qualificativos *bom* e *mau*, que se tratam sempre de adjetivos avessos à neutralidade do discurso científico, pelo seu carácter valorativo, impõe-se-nos operacionalizar os mesmos, para os fins a que nos propomos nesta secção.

Pensamos que os resultados do presente estudo nos habilitam a definir o bom e o mau *coping* no trabalho de acordo com a sua associação com a capacidade para o trabalho. Assim, o bom *coping* corresponde à configuração de estratégias de *coping* que auguram um elevado estatuto de saúde e de rendimento no trabalho, enquanto o mau *coping* traduz o conjunto de comportamentos de *coping* que contribuem para reduzir a capacidade para o trabalho. Propomos uma definição de acordo com os critérios de eficácia inerentes ao conceito de capacidade para o trabalho, ele próprio uma operacionalização da saúde no trabalho (Cf. Capítulo 2.2.). Definir o bom *coping* como o mais saudável e produtivo, e o mau *coping* como o inverso,

poderá incorrer no risco da definição tautológica, mas trata-se de uma indução empiricamente validada pelo nosso estudo. Para mais, parece-nos encerrar três benefícios. Em primeiro lugar, o bom *coping* corresponderá ao que White (1974) definiu como estratégia de adaptação, no domínio específico do trabalho; ou seja, designa a configuração de estratégias e de comportamentos mais adaptativos perante as adversidades do trabalho. Em segundo lugar, mostra-se concordante com o modelo transacional de Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1999), no sentido em que deixa antever um processo de influência circular entre o indivíduo e o ambiente, ao nível dos resultados dos seus esforços adaptativos: um bom *coping* antecipará melhor saúde, esta por sua vez motivará o recurso a boas estratégias de *coping*, e assim por diante, mútua e reciprocamente. Em terceiro lugar, os dois perfis de *coping* empiricamente observados sustentam as premissas inscritas nos Sintagmas 17, 18, 29 e 30 (Cf. Capítulos 3 e 6.7).

O perfil de bom *coping* no trabalho mental caracteriza-se pela predominância do uso das estratégias de *coping* ativo, planeamento, reinterpretação positiva, aceitação e humor, e pelo reduzido recurso à negação, desinvestimento comportamental e substâncias (medicação ou álcool). Trata-se de um padrão de *coping* marcadamente individualista, uma vez que os sujeitos parecem contar pouco com o apoio social (quer instrumental, quer emocional) e a religião. Relativamente às restantes três estratégias, a autodistração e a autocolpabilização parecem ser mais determinantes que a expressão de sentimentos. A autodistração e a expressão de sentimentos parecem assumir funções adaptativas, como adiante discutiremos (Cf. Capítulo 6.8.).

É muito interessante reparar que este perfil de *coping* empírico só parcialmente confirma o perfil de *coping* teórico esperado a partir do questionário que o avaliou. Com efeito, o padrão de *coping* que encontrámos não inclui todas as dimensões teoricamente adaptativas, na medida em que minimiza a contribuição do apoio social e da religião. Por outro lado, os resultados mostram que umas estratégias adaptativas parecem ser mais importantes que outras; o *coping* ativo e a reinterpretação positiva parecem ser mais determinantes que o planeamento, a aceitação e o humor. Os resultados revelaram igualmente que o planeamento se associa consistentemente com o *coping* ativo, indiciando que estas duas estratégias de *coping* poderão, na realidade e em termos práticos, representar um único ato de *coping*; aliás, já Carver et al. (1989) haviam concluído o mesmo. Por seu lado, a aceitação e o humor poderão depender muito mais da personalidade das pessoas, o que explicaria a menor contribuição destes fatores para o perfil de bom *coping* no trabalho encontrado no estudo. De facto, se só tivéssemos estudado pessoas que, do ponto de vista das diferenças individuais, se caracterizassem pela elevada adesão à realidade e pelo elevado humor, não obteriam esses fatores maior relevância estatística?

Outro dado interessante prende-se com o carácter individualista do bom *coping*. Com efeito, dado o contexto do trabalho, e em concreto a suposição de que alguns stressores não são modificáveis pelo *coping* individual (por ex., *bullying*), seria de esperar que os sujeitos em estudo se envolvessem mais em estratégias de *coping* coletivo. Pearlin & Schooler (1978) haviam inclusive exemplificado com o trabalho os problemas que não são sensíveis ao *coping* individual, e que é suposto serem abordados coletivamente. Porque será então o padrão de bom *coping* revelado pelo nosso estudo tão individualista? Supomos duas hipóteses interpre-

tativas. Em primeiro lugar, é de esperar que o *coping* dos sujeitos em estudo se refira a situações moderadas de stresse, com as quais as pessoas sentem poder lidar individualmente, e não a situações mais severas, como um *layoff*, uma fusão indesejada e ameaçadora, ou um processo de reestruturação profunda. Nesses casos, as exigências stressoras reivindicariam o recurso ao *coping* coletivo ou comunal (Afifi et al, 2012; Lyons et al., 1998; Cf. Capítulo 1.3). A segunda interpretação é de natureza sociológica e filosófica. Esta forma individualizada de lidar com o stresse do trabalho poderá traduzir valores e práticas sociais da pós-modernidade, exemplarmente interpretados por Lipovetsky (1989). O culto do Eu e da capacidade individual, o *discurso psi* do direito e da procura prioritária do bem-estar individual, são fatores que Lipovetsky julga terem desalojado as ideologias sociais e comunitárias do centro da vida das pessoas, agora ocupado pela *sacrossanta* deriva individualista. Aliás, recorrer aos outros ou convocá-los para enfrentar uma situação de stresse no trabalho poderia ser inclusivamente interpretado como um sinal de fraqueza individual... Com efeito, e por outro lado, sendo o *coping* coletivo culturalmente determinado no grupo em questão (Kuo, 2012) e sendo o valor basilar desse grupo o do individualismo, é de esperar não observarmos comportamentos de *coping* coletivos. Uma questão interessante se coloca: encontrá-los-íamos, se os medíssemos? Estamos em crer que não, a não ser que em contextos de stressores severos, como acima supusemos.

Importa salientar que os sujeitos desta amostra parecem lidar de modo muito saudável com o stresse que experimentam no trabalho. Desde logo, enfrentam e tentam resolver as situações stressantes, procurando até retirar algo de positivo das mesmas (não só as estratégias mais usadas são o *coping* ativo, o planeamento e a reinterpretção positiva, como o desinvestimento comportamental é a segunda menos usada). Ou seja, envolvem-se quer em estratégias de *coping* de acomodação, quer em estratégias de *coping* de criação de significado (Carver & Connor-Smith, 2010). Depreende-se que o fazem sem grandes custos emocionais, como o pode indicar o quase nulo recurso a remédios ou álcool, bem como o baixo uso da negação e da religião. Uma possível explicação poderia ser a idade, uma vez que os profissionais estudados terão acumulado já uma considerável experiência profissional (em alguns casos, mais de vinte anos), a qual poderia ter concorrido para o desenvolvimento de mestria no controlo dos seus stressores ocupacionais. No entanto, os resultados mostram que o *coping* não varia (significativamente) nem em função da idade nem em função dos anos de serviço. Não vislumbrando nas características pessoais uma explicação para este padrão de *coping* (e assumindo que as diferenças verificadas nas restantes também não o explicam, pois não fazem variar a totalidade dos fatores em questão), resta a hipótese de que seja o tipo de trabalho a explicá-lo. De facto, esta hipótese explicativa é suportada pela literatura, que indica que um *coping* ativo e centrado na resolução de problemas é o mais indicado quando as situações stressantes são controláveis (como é o caso do trabalho, por oposição, por exemplo, à doença), estando inclusivamente associado a maior bem-estar psicológico e satisfação no trabalho (Cf. Capítulo 2.2.2).

Os perfis de bom e mau *coping* no trabalho confirmam o teoricamente expectável, de acordo com o modelo sequencial do *coping* proposto por Snyder & Pulvers (2001; Cf. Capítulo 1.1). O bom *coping*, o *coping* capaz, aquele que se liga à maior capacidade para o trabalho, implica aproximação psicológica à adversidade, enquanto o mau *coping*, o *coping* incapaz, aquele que menos contribui para a capacidade para o trabalho, e que até a limitará, se carac-

teriza pelo evitamento da adversidade, pelo desligar das situações novas, incomodativas ou ameaçadoras. Em termos de definição de comportamentos de *coping* específicos, o perfil de mau *coping* reproduz em simetria o de bom *coping*. Relembramos que Snyder considera que os dois tipos de *coping* são comandados por características da personalidade que podem ser medidas e que diferenciam os indivíduos. Assim, inquirimo-nos em que medida esse mau *coping* dependerá da personalidade de quem preferencialmente o usa. Seriam bem-vindos estudos suplementares que investigassem a influência da personalidade (quer traços, quer constructos autónomos) sobre o *coping*. Apesar de a literatura indiciar que a personalidade influencia mais o *coping* de confrontação (Cf. Capítulo 1.2), sabe-se que a negação e o uso de substâncias são estratégias de *coping* de desligamento mais dependentes da personalidade. A confirmação hipotética da personalidade explicar parte do mau *coping* forneceria um argumento sólido a favor da intervenção clínica junto das pessoas com esse padrão.

De seguida, ensaiamos a fixação dos perfis de bom *coping* em cada um dos grandes grupos profissionais estudados. A descrição destes padrões de bom *coping* segue a síntese dos resultados do estudo, plasmada nas Tabelas 5.36 e 5.37. Note-se que ambos os perfis de bom *coping* no trabalho aqui avançados resultam da interpretação entrecruzada de quatro metodologias estatísticas diferentes.

#### **6.4.1. O bom *coping* dos profissionais de saúde**

O padrão de bom *coping* dos PS caracteriza-se pela predominância da conjugação de estratégias de *coping* ativo, reinterpretação positiva e planeamento. As primeiras parecem ser mais determinantes que as segundas, e estas mais importantes que as terceiras. Este padrão praticamente exclui o uso de substâncias, a negação e o desinvestimento comportamental. Ou seja, trata-se de um padrão de *coping* eminentemente confrontativo, que traduz uma clara aproximação psicológica às causas de stresse, consubstanciado num enfrentar e confrontar tanto comportamental, como cognitivo. Tal configuração de *coping* revela-se ainda essencialmente individual, porquanto aparente dispensar o recurso quer ao apoio dos outros indivíduos, quer à transcendência religiosa. A capacidade para o trabalho dos PS parece depender sobretudo do uso de *coping* ativo e de reinterpretação positiva, bem como do reduzido ou nulo recurso ao desinvestimento comportamental.

Os PS com bom *coping* parecem lidar ativa e positivamente com o stresse do trabalho de duas formas: procuram resolver as situações stressoras e recriam o significado das mesmas. Os resultados sugerem mesmo uma hierarquia nestas duas abordagens – como primeira opção, os cuidadores com bom *coping* confrontam os problemas e, talvez quando não os consigam ou possam resolver, reinterpretam o significado que lhes atribuem. Talvez também só optem pelo desligamento quando a reinterpretação positiva não seja eficaz. O bom *coping* compõe-se de um humor com função instrumental, tanto como facilitador da aceitação como da reinterpretação positiva dos encontros de stresse. Julgamos que o humor desempenha um papel adaptativo e funcional, na medida em que favorece a adesão à realidade stressora bem como aos esforços ativos e positivos para lidar com ela. Do mesmo modo, recorrer aos outros e conversar com eles desempenha uma função instrumental. A religião parece ser usada como



uma estratégia de conforto. O padrão de bom *coping*, por fim, é complexo, diversificado e diferenciado.

O bom *coping* dos PS é patrocinado pelo significado do trabalho, pela possibilidade de desenvolvimento, pelas exigências cognitivas, pela clareza do papel, pela influência no trabalho, pelas recompensas (reconhecimento), previsibilidade, qualidade da liderança, justiça, apoio social de superiores, confiança nos superiores, comunidade social no trabalho e ausência de comportamentos ofensivos (no caso, *bullying*). Quanto mais significado reconhecerem ao seu trabalho, quanto mais possibilidades de desenvolvimento ele lhes oferecer, quanto mais exigente em termos cognitivos ele for, quanto mais claro o papel organizacional e quanto maior a influência que dispuserem sobre o seu trabalho, mais os PS se envolvem no bom *coping*, e mais saúde e rendimento alcançam no seu trabalho. Além disso, quanto mais justas e adequadas as recompensas e o reconhecimento, quanto mais previsível for o seu trabalho, quanto maior a justiça na organização, quanto mais qualidade reconhecerem às suas chefias e confiança depositarem nelas, bem como delas receberem apoio, quanto maior a sensação de comunidade social no trabalho e quanto menor a presença de comportamentos ofensivos, menos os PS se envolvem em estratégias de desinvestimento comportamental e, por exclusão de partes, (de novo) mais se envolvem no bom *coping*, e mais saúde e rendimento alcançam no seu trabalho.

#### **6.4.2. O bom *coping* dos não profissionais de saúde**

O bom *coping* dos profissionais que não trabalham na saúde é constituído pela reinterpretção positiva e pelo planeamento, bem como pelo *coping* ativo, humor e aceitação. Os dois primeiros parecem ser mais determinantes que o terceiro, e este mais importante que os dois últimos. O bom *coping* dos não cuidadores caracteriza-se ainda pelo reduzido recurso à negação, ao apoio social e à autodistração, e praticamente exclui o recurso a substâncias e o desinvestimento comportamental.

Ao contrário do que se verifica entre os cuidadores, o bom *coping* dos NPS não é estruturalmente mais complexo ou diferenciado que os padrões de *coping* registados no grupo com ICT moderado. Nota-se um maior pendor de confrontação, em simultâneo com um enfraquecimento do desligamento, e uma grande estabilidade do apoio social. Aliás, estes profissionais parecem depender mais do apoio social para lidar com o stresse que os profissionais de saúde. O humor desempenha uma função distrativa e a associação da religião com a aceitação parece indicar que estes profissionais são mais religiosos que os da saúde.

O bom *coping* dos NPS é fomentado por ambientes psicossociais de trabalho caracterizados pelo significado do trabalho, por trabalhos cognitiva e emocionalmente exigentes, recompensadores, previsíveis e com possibilidade de serem influenciados pelos profissionais, que oferecem possibilidades de desenvolvimento, cujos papéis organizacionais são claros, e com líderes a quem estes reconhecem qualidade. Adicionalmente, o apoio dos superiores e a confiança nos superiores, aliados à sensação de justiça, concorrem para que os NPS não desinvistam de lidar com os aspetos stressores do seu trabalho.

## 6.5. Como melhorar o *coping* dos profissionais de trabalhos mentais?

O corpo teórico-prático da psicologia, nas suas várias subdisciplinas, garante a aprendizagem e desenvolvimento das técnicas indispensáveis à promoção dos comportamentos e ao enriquecimento e alargamento do repertório de *coping* dos profissionais. As estratégias de *coping* que o presente estudo indica como sendo mais determinantes para o *coping* salutogénico são o *coping* ativo, o planeamento, a reinterpretação positiva, a aceitação e o humor. Destacamos a reinterpretação positiva, por uma razão conceptual e por uma questão prática. Do ponto de vista conceptual, a reinterpretação positiva atua sobre o processo central do stresse, que é a avaliação cognitiva. Essa é a origem eficiente da resposta de stresse, porque é o processo que confere o atributo de dano, ameaça ou desafio (Lazarus & Folkman, 1984) – ou, mais corretamente, como sugerem Carver & Connor-Smith (2010), de ameaça, dano ou perda – à condição stressora, e faz despoletar a resposta neuroendócrina de stresse. Assim sendo, agir sobre a avaliação cognitiva é uma opção bastante eficaz, uma vez que incide na origem dos processos de stresse. A reinterpretação positiva pressupõe e resulta da alteração de cognições erróneas e distorções cognitivas (Pretzer, Beck & Newman, 1989; Ramos, 1999b; Rijo, 1999), e, por isso mesmo, é a via magna para gerir as emoções que estão na base da resposta de stresse (Lazarus, 2006). Em termos práticos, a mudança de perspetiva implícita na reinterpretação cognitiva concorre para aumentar a aceitação e o humor.

O *coping* ativo e o planeamento resultaram várias vezes agrupados no mesmo fator, sugerindo serem dimensões simétricas de um mesmo fenómeno: o *coping* ativo seria a realização comportamental do planeamento, enquanto o planeamento seria a antecipação mental do *coping* ativo. A suportar esta configuração particular do *coping*, nuclear ao fator que designámos Confrontação Positiva dos Problemas (e que, note-se bem, inclui a reinterpretação positiva!, além do desinvestimento comportamental, em sinal contrário), encontramos uma miríade de técnicas psicológicas facilitadoras. Permitimo-nos mencionar algumas, fazendo-as corresponder a stressores habituais no trabalho, de modo a ilustrar a sua função. O treino de resolução de problemas (D’Zurilla, 1990) ajuda as pessoas a lidarem com a generalidade dos stressores organizacionais. A gestão do trabalho pessoal (ou gestão do tempo) apoia de forma direta o exercício do *coping* de planeamento, mais premente em situações de sobrecarga de trabalho, nas quais a estratégia se revelou já vantajosa empiricamente (Dewe et al., 2010). O treino de assertividade contribui para promover a eficácia da comunicação interpessoal (Hargie, 2011). A aquisição de competências de resolução de conflitos favorece a abordagem e manejo desta importante e frequente causa de stresse no trabalho.

A aplicação das técnicas psicológicas supramencionadas pode assumir vários formatos, desde o contexto clínico ou psicoterapêutico individual ou grupal, até às situações de formação e treino (ou formação experiencial; Ramos, 2001). Estas medidas, que tanto quanto possível deveriam ser disponibilizadas pelas organizações, poderiam decorrer ao longo da carreira dos profissionais. Porém, seria muito interessante (e produtivo, do ponto de vista preventivo) oferecê-las logo no início da mesma, no momento da entrada dos profissionais no mercado de

trabalho (ou na entrada numa nova organização), e até mesmo antes disso, através da sua inclusão nos *curricula* dos anos finais da formação graduada e pós-graduada.

Ainda que o nosso estudo não pudesse fornecer informação empírica sobre a vertente transformacional do *coping*, ele deixa antevê-la, quer ao demonstrar uma associação clara entre perfis de bom *coping* e capacidade para o trabalho, quer ao sugerir, ainda que modestamente, uma maior vulnerabilidade ao stresse ocupacional entre sujeitos mais novos e solteiros. Existem evidências empíricas que suportam a ideia de que desenvolver os mecanismos de *coping* contribui para aumentar a resiliência dos indivíduos. Delahaj et al. (2010, p. 390) citam mesmo estudos que demonstram que as “atitudes resilientes podem ser mudadas ensinando às pessoas formas de *coping* e aptidões de autorregulação mais eficazes e (...) podem ser aprofundadas através da experiência com essas novas aptidões”.

## 6.6. Como melhorar o ambiente psicossocial das organizações?

A literatura é inequívoca na sugestão genérica que o *coping* reduz o stresse no trabalho. De um ponto de vista prático, conhecer a estrutura do padrão de bom *coping* no trabalho permite que as organizações ajustem as exigências do trabalho por forma a que elas se transformem em recursos de suporte do *coping* dos profissionais de colarinho branco. Os resultados do nosso estudo indicam que o ajustamento das condições psicossociais do trabalho deve seguir no sentido do reforço do significado, segurança e justiça no trabalho, bem como da clareza do papel, de aumento dos desafios do trabalho e do controlo dos profissionais sobre os mesmos, e da melhoria das práticas de liderança. Permitimo-nos algumas sugestões.

Para reforçar o significado do trabalho, e de uma maneira geral para aumentar o ajustamento trabalho/pessoa, as organizações podem envolver-se em ações de reorganização do trabalho (*job redesign*). O modelo das características do trabalho de Hackman & Oldham (1980) pode ser uma boa base de referência. Ele postula que o enriquecimento de algumas dimensões nucleares do trabalho, como a variedade, identidade e significado das tarefas (note-se como estas dimensões têm tanto de comum com as exigências psicológicas do trabalho), contribui para uma experiência psicológica aumentada do sentido do trabalho. O controlo dos trabalhadores sobre o trabalho pode igualmente ser promovido através da promoção da sua autonomia e do *feedback* recebido em relação aos resultados do seu trabalho. O modelo de Hackman & Oldham prevê que estas modificações contribuam para elevar a motivação, o desempenho e a satisfação no trabalho, e para baixar o absentismo e o *turnover*. O significado do trabalho pode ainda ser promovido através de métodos de gestão por objetivos, e o controlo do profissional promovido pela descentralização das decisões, pela gestão partilhada e pela delegação. Fugate et al. (2002) sugerem mesmo que a organização pode beneficiar de intervenções destinadas a aumentar a perceção de controlo por parte dos trabalhadores, ilustrando com a participação no processo de tomada de decisões durante e após uma fusão. Esta sugestão de Fugate et al. pode ser vista como um exemplo concreto de como uma companhia pode influenciar positivamente o *coping* dos seus funcionários numa situação stressora específica. A clareza do papel pode ser promovida através da medida de clarificação do papel, que consiste

no esclarecimento e definição de forma precisa do papel a desempenhar por um profissional numa organização, de forma a eliminar ambiguidades e a prevenir conflitos associados ao papel. Sendo o papel organizacional uma coleção de expectativas sociais sobre o comportamento (técnico e atitudinal) de quem o desempenha, a clarificação de papel sai beneficiada se realizada pelo superior logo no ingresso de um novo profissional numa organização. Se tal não acontecer, o próprio profissional pode concretizar a clarificação de papel, através do ajustamento de expectativas com todos os papéis com interdependência funcional (Ramos, 2001). O que atrás referimos acerca da clarificação do papel salienta a importância da liderança na definição do ambiente psicossocial do trabalho.

Os resultados salientam o papel determinante da liderança e dos superiores na capacidade para o trabalho dos sujeitos estudados. Com efeito, os três fatores explicitamente relacionados com a liderança e os superiores entram nos modelos de previsão nas três populações amostrais estudadas, além de outros fatores que também implicam a liderança e a gestão. As próprias declarações dos sujeitos em estudo manifestam essa importância: *Os chefes deviam ser avaliados acerca da sua capacidade de gestão, da sua capacidade de trabalho e organização, acerca da sua inteligência para o desempenho do cargo; O que mais me afecta [sic] é ver pessoas a assumir cargos de chefia sem terem capacidades profissionais e emocionais para tal* (Cf. Tabela 5.32). Este dado aponta para a necessidade das organizações investirem em chefias que confirmem autonomia aos seus colaboradores, que incitem o seu desenvolvimento, que coordenem o seu trabalho, que os apoiem, que intervenham na resolução de conflitos nas equipas, e que lhes forneçam informação suficiente para desempenharem as suas tarefas. Há evidência empírica de que a coordenação dos supervisores é uma forma eficiente de apoio social no trabalho (Hagihara, Tarumi & Miller, 1998). Estamos convictos que todas estas medidas de gestão contribuem ainda para aumentar a segurança psicológica no trabalho. No entanto, acrescentamos um comentário oriundo quer da nossa prática clínica, quer da nossa experiência profissional na área da gestão do stresse, que se prende justamente com as recompensas/reconhecimento e com a justiça no trabalho. Temos testemunhado a virulência stressora com que os profissionais percecionam a avaliação de desempenho, uma das mais importantes ferramentas de gestão de recursos humanos. Os resultados do nosso estudo reforçam a indicação de que as organizações devem promover avaliações de desempenho mais clarificadas, justas e bidireccionais (em 360°). Só desse modo conseguirão expurgá-las do carácter ameaçador (injusto, retaliador, arbitrário) com que são entendidas, em favor da sua função de desenvolvimento de competências dos profissionais e de crescimento organizacional.

Além das medidas de gestão de recursos humanos que acima sugerimos, as organizações podem desenvolver Programas de Assistência aos Empregados (Cooper, Dewe, O'Driscoll, 2011) e, nesse âmbito ou não, disponibilizar programas de formação experiencial para a aquisição, treino e desenvolvimento de estratégias de *coping*, bem como incluir na sua estrutura de saúde ocupacional a figura do psicólogo clínico do trabalho (Ramos, 2001) – ou mais atual e corretamente, um psicólogo da saúde ocupacional, destinada não só a coordenar as ações tendentes à melhoria do *coping* na organização, mas também a apoiar em contexto clínico ou psicoterapêutico os profissionais com maiores deficiências ao nível do *coping*. Quer as medidas de formação, quer as intervenções psicológicas individualizadas devem seguir o paradigma do treino de inoculação ao stresse de Meichenbaum (1993).

Os resultados do nosso estudo parecem indicar uma dupla diferenciação das estratégias de gestão dirigidas ao *coping* dos indivíduos: por um lado, a promoção do ambiente psicossocial do trabalho parece apoiar os indivíduos com perfis de bom *coping*, por outro os indivíduos com padrões de mau *coping* parecem necessitar de estratégias assistenciais e remedia-tivas. Esta sugestão encontra ecos na literatura, numa primeira análise contraditórios mas, no fundo, complementares. Schreuder et al. (2012) sugerem que as intervenções sobre o ambiente de trabalho destinadas a conferir maior controlo aos trabalhadores estimulam o uso de *coping* ativo e neutralizam o recurso a estratégias de *coping* passivo. Por seu lado, Nomura et al. (2007) sugerem que aumentar o controlo sobre o trabalho pode ser a forma de apoiar o *coping* ativo, mas que para aqueles que usam *coping* menos ativo se justifica formação e treino. Considerando esta dúplici-dade de diferenciação, as organizações podem disponibilizar recursos para ajudar os trabalhadores com perfis de mau *coping* a desenvolverem os seus repertórios de *coping* e investir na melhoria das condições psicossociais do trabalho, de forma a manter e promover o bom *coping* dos indivíduos que já o detêm. No que respeita mau *coping*, e tendo em conta as configurações de estratégias que o constituem, o nosso estudo parece sugerir que os trabalhadores com baixo ICT sejam assistidos através de formação, consultoria, acompanhamento clínico ou mesmo psicoterapia, para adquirir e desenvolver aptidões de *coping*. Esta sugestão encontra reflexo no modelo de gestão preventiva do stresse ocupacional dos irmãos Quick (Quick, Quick & Nelson, 2000; Quick, Quick, Nelson & Hurrell, 1997), que advoga três níveis de intervenção. A intervenção primária destina-se a modificar os fatores organizacionais geradores de stresse, e traduz a melhoria das condições psicossociais do trabalho. A intervenção secundária foca-se na correção e assistência das manifestações iniciais de stresse, ao passo que a terciária se ocupa da recuperação dos sintomas e custos de stresse. Intervenções de cariz secundário e terciário incluem a assistência aos trabalhadores que passa, necessariamente, pela melhoria das suas estratégias de *coping*.

As medidas de gestão dirigidas ao ambiente psicossocial da organização e as medidas destinadas a apoiar e promover o *coping* dos profissionais devem ser empreendidas de forma combinada, para que a sua ação se complemente e os seus efeitos sejam efetivos. Por exemplo, Kishita & Shimada (2011) sugerem que o rendimento no trabalho e a perceção de controlo aumentam em função do efeito interativo entre o *coping* de aceitação e maior controlo resultante da reorganização do trabalho. Estas medidas poderiam, tanto quanto possível, ser incluídas na cultura organizacional como *praxis* contínua e regular da vida do trabalho (Ramos, 2001).

## 6.7. Considerações metodológicas

A concretização do desenho metodológico apresentado no final do Capítulo 4 permitiu confirmar as hipóteses de estudo e, por essa via, suportar empiricamente os sintagmas que condensam o nosso pensamento teórico acerca da saúde, stresse e *coping* no trabalho, nomeadamente aqueles mais testáveis. Desde logo, os Sintagmas 30, 29 e 21 foram validados, tendo em conta a sustentação empírica da existência de configurações de *coping* mais salutogénicas e da contribuição de algumas condições psicossociais para as mesmas (Sintagmas 29 e

30) e da distinção do *coping* em confrontação e evitamento (Sintagma 21). Adicionalmente, os resultados do estudo oferecem suporte parcial para o *coping* enquanto veículo patogénico ou salutogénico (Sintagma 17), e sugerem que o *coping* salutogénico (i.é., o bom *coping*) incide de forma conjugada nos três processos do stresse (Sintagmas 17 e 18). Finalmente, os dados apoiam de forma modesta a premissa de que os fatores psicossociais são recursos de *coping* (Sintagma 14) e, conseqüentemente, que a melhoria dos primeiros se traduzirá na promoção do segundo (Sintagma 26).

A interpretação dos resultados impôs-nos algumas questões de natureza metodológica que julgamos pertinente discutir. Elas dividem-se em três tipos, um relativo à influência das variáveis sociodemográficas, outro aos questionários, e um final aos métodos estatísticos, este último debatido no subtítulo das limitações e virtudes do estudo.

Podemos concluir por uma relativa independência dos efeitos observados entre as variáveis estudadas e as variáveis sociodemográficas. Por um lado, apenas o sexo e os anos de serviço mostraram possuir poder preditivo na determinação da capacidade para o trabalho, sendo que o poder preditivo dos anos de serviço se revelou baixo. Assim, podemos concluir que a capacidade para o trabalho depende menos de fatores sociodemográficos que de fatores psicossociais e de *coping*. Por outro lado, os resultados do cruzamento das variáveis estudadas com as variáveis sociodemográficas autorizam-nos a descartar significativas influências destas últimas sobre as primeiras, ou pelo menos a existência de relações significativas que inviabilizem ou condicionem a discussão precedente. O caso mais ilustrativo prende-se com a capacidade para o trabalho. A capacidade para o trabalho varia com o sexo, com os homens a manifestarem um índice mais elevado que as mulheres, dado transversal à literatura, quer nacional, quer internacional (Silva, no prelo,a; Silva et al., 2010a). De resto, não depende nem do estado civil, nem da idade e anos de serviço. Relativamente ao estado civil, recordamos que menosprezamos as diferenças encontradas – uma tendência decrescente da capacidade para o trabalho dos solteiros para os casados/unidos, e destes para os viúvos/separados/divorciados – por serem mínimas e provavelmente serem função do grande tamanho da amostra.

No que ao *coping* diz respeito, não se registaram diferenças significativas entre os sexos para o *coping* de confrontação positiva dos problemas (habitualmente designado na literatura por *coping* ativo ou positivo) e o uso de substâncias, sendo a primeira a estratégia de *coping* mais usada e o segundo a menos utilizada na nossa amostra. A primazia do recurso ao *coping* de confrontação no trabalho é bem documentada na literatura (Cf. Capítulo 2.2.2). As diferenças nos padrões de *coping* atribuíveis ao sexo são também concordantes com a literatura, que sugere que os homens aparentam dispor de um repertório de *coping* mais reduzido (Hobfoll et al., 1994) – no presente estudo, as mulheres relataram usar maior número e variedade de estratégias de *coping* que os homens, e que as mulheres recorrem mais que os homens a estratégias focadas nas emoções (Gianakos, 2002; Matud, 2004) – tal como também nós verificámos. Genericamente, o *coping* no trabalho não pareceu depender nem do estado civil, nem da idade e dos anos de serviço, uma vez que as únicas diferenças estatisticamente significativas se registaram nos grupos dos solteiros e mais novos, que aparentam penalizar-se mais com o stresse ocupacional e necessitar de mais apoio interpessoal e de se distanciar mais dos problemas que os outros. Note-se, porém, que as correlações apuradas entre a idade e anos de serviço, e o *coping* são muito baixas. Em todo o caso, parecem sugerir que os indiví-

duos solteiros, mais novos e mais inexperientes sentem maior dificuldade a enfrentar o stress do trabalho.

A descrição do ambiente psicossocial do trabalho parece ser mais sensível aos atributos sociodemográficos. Os homens parecem dispor de trabalhos com melhores condições psicossociais que as mulheres, enquanto o trabalho destas apenas se distingue dos homens por ser mais exigente emocionalmente e mais inseguro. Este quadro parece ir ao encontro das indicações da literatura, que sugere que as mulheres são mais “stressadas” (*distressed*) que os homens (Helgeson, 2011). As exigências laborais, o significado do trabalho, o apoio dos colegas, a confiança nos colegas, o conflito trabalho/família e os sintomas de stress são iguais para todos os estados civis. Todas as outras dimensões psicossociais do trabalho variam com o estado civil. Os viúvos, separados e divorciados parecem ser o grupo que menos diferencia o ambiente psicossocial do trabalho, revelando apenas menor confiança nos colegas e menos problemas de sono que os restantes. Os locais de trabalho dos solteiros parecem ser aqueles com piores condições relativas (Cf. Tabela 5.33), enquanto os casados e unidos de facto diferenciam positivamente as suas organizações (melhor organização e conteúdo do trabalho, melhores relações sociais e liderança, maior satisfação no trabalho, mais confiança nos superiores, justiça e autoeficácia).

O ICT mostrou ser um instrumento de excelência, quer do ponto de vista da validade de constructo, quer da estabilidade da medida. Com efeito, a sua estrutura fatorial mostrou-se muito consistente (a solução fatorial mais vezes repetida foi de três dimensões, sempre muito bem definidas) e o índice resultante demonstrou possuir grande poder de discriminação entre grupos, tal como revelou o cruzamento dos seus resultados com o dos restantes questionários. No presente estudo, o índice de capacidade para o trabalho não se revelou unidimensional, antes apresentando três dimensões distintas: (1) capacidade para o trabalho e recursos; (2) doenças, incapacidade e absentismo; e (3) prognóstico da capacidade para o trabalho a dois anos. A solução de três fatores aparentemente não é muito suportada pela literatura, em concreto o terceiro fator. Radkiewicz & Widerszal-Bazyl (2005) relatam uma estrutura fatorial constituída por dois fatores. Este dado é intrigante. Será que o comportamento do ICT no presente estudo refletiu aspetos culturais especificamente latinos, ou portugueses? Os dados relatados por Radkiewicz & Widerszal-Bazyl referentes à população amostral italiana permitem suspeitar da interpretação *latina*, já que os valores de saturação do segundo fator e os casos de itens com dupla saturação poderão indicar que um terceiro fator poderia ser considerado (no entanto, não conhecemos os dados totais do estudo concreto em pormenor). Martus et al. (2010), por seu lado, reconheceram um estatuto especial às Dimensões 4 e 6 do WAI, que poderia aconselhar o seu isolamento num terceiro fator. Contudo, a sua inclusão melhorou o ajustamento de um modelo confirmatório de dois fatores. Note-se que a Dimensão 6 representa o *nosso* terceiro fator, relativo ao prognóstico da capacidade para o trabalho. Já Martinez et al. (2009) encontraram uma solução de três fatores numa amostra brasileira. Este dado poderia reforçar a hipótese explicativa de natureza cultural, até pela proximidade conceptual entre aqueles três fatores e os nossos: recursos mentais (correspondendo ao nosso primeiro fator), capacidade para o trabalho percecionada (de novo, próxima do nosso primeiro fator), e doenças e limitações (correspondendo ao nosso segundo fator). Concluindo, ainda que pouco suportada pela literatura, a solução de três fatores não resulta tão estranha assim. Outra explicação possível poderia ser o período de recolha de dados, que coincidiu com as etapas iniciais

da crise económica, financeira e política em Portugal, e que talvez pudesse ter influenciado as respostas das pessoas. Com efeito, a análise de conteúdo realizada encontrou repetidas vezes este aviso feito pelos participantes, como por exemplo: *Este inquérito vai ser muito influenciado pela situação económica atual (...). Há dez anos teria resultados diferentes e mais positivos.* No entanto, os valores da resposta a esse item indicam que a esmagadora maioria da amostra considera “quase de certeza” manter a mesma capacidade de trabalho no futuro a dois anos. Descartando esta explicação, sobram as hipóteses da personalidade e da própria capacidade para o trabalho. Talvez haja elevada resiliência nos sujeitos da nossa amostra, e isso os leve a antecipar um futuro profissional saudável. Ou então, talvez eles se possuam grande capacidade para o trabalho, e esse facto de serem já saudáveis, associado a não serem muito idosos, lhes permita antecipar um futuro ocupacional marcado pela capacidade. Talvez esta última hipótese seja mais consistente, a testar em estudos futuros.

O COPSOQ apresentou um comportamento fatorial inesperado, por um lado não confirmando as oito dimensões teóricas propostas pelos autores, e por outro não reproduzindo outras configurações fatoriais reveladas pela literatura. Interpretamos este facto como um dado que reforça a multidimensionalidade e complexidade do constructo. Os fatores psicossociais interligam-se e influenciam-se mutuamente, podendo ser difícil, se não mesmo impossível, delimitar fronteiras claras na sua ação real. O mesmo não sucede do ponto de vista teórico, já que podemos delimitar tais fronteiras conceituais onde melhor nos aprouver. A configuração fatorial revelada pelo presente estudo é aliás bastante interessante, como adiantamos no ponto seguinte (Capítulo 6.8). É a riqueza do conceito que sai reforçada e não a sua validade questionada. Para mais, se acrescentarmos a boa consistência interna (mais a mais, calculada nas dimensões teóricas previstas pelos autores, e não nos fatores estatísticos extraídos), a conclusão pela qualidade e segurança do comportamento do questionário é imediata.

Detetámos dois possíveis problemas no comportamento fatorial do questionário Brief COPE, o primeiro relativo à escala de Planeamento e o segundo à de Autoculpabilização. A escala de Planeamento é constituída pelo item 14 (*Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho de fazer*) e pelo item 25 (*Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação*), os quais não ficaram agrupados aquando da extração forçada de 14 fatores. Julgamos que o problema reside no item 25. Apesar da construção frásica proposta por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) se revelar uma tradução adequada do item original (*I think hard about what steps to take*), talvez os sujeitos tenham interpretado a ideia de “pensar muito” mais como sinónimo de “ruminação” do que como uma forma de planeamento cognitivo. Ou seja, os participantes neste estudo poderão ter interpretado a oração “penso muito *acerca de...*” como “cismo *em...*”, em vez de “planeio *como...*”. A nossa experiência clínica suporta esta hipótese, na medida em que muitas pessoas consideram *pensar sobre os problemas* quando na realidade o que fazem se aproxima muito mais de *ruminar* (seja depressiva, seja ansiosamente) *sobre os problemas*. Trata-se, a nossa ver, de uma questão de natureza cultural (que se prende com o conceito de senso comum de “pensar muito”) à qual a tradução do item na escala portuguesa poderá não ter sido sensível. A ser verdade esta explicação, o item 25 terá “expulsado” o item 14 do fator correspondente, levando-o a associar-se com dimensões de *coping* conceitualmente mais próximas, como a reinterpretação positiva e o *coping* ativo. Com efeito, “tentar encontrar uma estratégia” para lidar com o stresse (item 14) não só é diferente de “pensar muito” (item 25), como apresenta maior sinonímia com, por exemplo, “tentar ana-



lisar a situação de maneira diferente” (item 12, Reinterpretação Positiva) ou “concentrar os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação” (item 2, *Coping* Ativo). Uma solução poderia passar pela consideração de outras alternativas de construção frásica do item 25, como “esforço-me por pensar”, “penso profundamente”, “faço uma reflexão séria” ou mesmo “planeio mentalmente”. Relativamente à escala de Autoculpabilização, pensamos ter assistido a um fenómeno diferente. A dispersão dos dois itens desta escala poderá indiciar menos a inconsistência da mesma, e portanto um mero problema psicométrico, que uma possível questão teórica. Com efeito, a autoculpabilização poderá representar uma estratégia de segunda ordem, subordinada portanto a outras com maior poder explicativo. Testar esta hipótese interpretativa requererá métodos de análise fatorial confirmatória. Ainda do ponto de vista psicométrico, a direção inversa da escala de resposta do COPSQ parece ter perturbado o preenchimento do questionário. No trabalho de análise de conteúdo, recolhemos algumas denúncias disso mesmo, como: *Algumas vezes tive de emendar a resposta dada...talvez fosse de considerar a inversão da escala...isto é... do Nunca para o Sempre; e A alteração de escala induziu-me em erro, no sentido de que o 5 implicava "coisas boas" e depois implicava "coisas más". Tive que voltar atrás.* A análise estatística efetuada não revelou nenhum problema decorrente desse facto, podendo nós concluir que a validade facial desse questionário não afetou os resultados. Mau grado, julgamos pertinente inverter a escala de resposta, fazendo-a concordante com a direção generalizada das escalas de resposta em questionários de psicologia (em que 1 indica uma qualidade ou quantidade menor que 5).

## 6.8. Considerações teóricas

Somos da opinião que o estudo do *coping* no trabalho representa em si mesmo uma abordagem positiva da saúde ocupacional e do stress organizacional. Mais reforçada resulta a nossa opinião quando o presente estudo parece suportar empiricamente quer o modelo de *coping* de um autor emblemático da psicologia positiva como Snyder (1999, 2001), concretamente, a distinção concetual entre *coping* de confrontação e de evitamento, quer os reptos conceptuais há muito lançados por um dos precursores da abordagem positiva da saúde, Antonovsky (1979, 1988), de considerar a saúde e a doença como um contínuo e de eleger o *coping* como objeto de estudo da adaptação humana.

Recolhemos evidências empíricas que indicam não existem estratégias de *coping* inerentemente boas ou más. Não sendo uma novidade, é um reforço das indicações da literatura (e.g., Lazarus, 1999; Cf. Capítulo 1.1) que merece ser discutido. O comportamento fatorial dos itens da escala Autoculpabilização, assim como os diferentes agrupamentos fatoriais do *coping* de Religião, de Humor, de Autodistração e de Expressão de Sentimentos sugerem que uma mesma estratégia de *coping* pode assumir mais do que uma função. Mais: parece poder assumir funções contrárias ao teoricamente expectável em termos de eficácia do ajustamento psicológico. Considere-se o caso do humor, que nos profissionais de saúde se associa à reinterpretação positiva e no dos não profissionais de saúde à autoculpabilização. No primeiro, o humor parece servir para “aligeirar” o significado dos encontros de stress, enquanto no segundo parece servir para escapar ao mal-estar vivenciado. Lefcourt (2001) sugere que o

*coping* humorístico mais eficaz tem que ver com a mudança de perspectiva, a qual permite o distanciamento necessário para não levar tão a sério os falhanços e sucessos. A nosso ver, este mecanismo aproxima-se, de facto, da reinterpretação positiva. A ser assim, os resultados deste estudo indiciam que o humor no *coping* dos profissionais de trabalhos mentais tanto pode ser adaptativo, como mal-adaptativo, e que essa valoração se faz no contexto da forma como as outras estratégias estruturam o *coping*. A religião parece ter sido usada tanto como meio de aceitação e adesão à realidade, como tática de amparo e desligamento dos problemas. Estes dados encontram-se em concordância com a atual teoria (indutiva) sobre a religião como forma de *coping*, designadamente que ela não provoca um único efeito sobre a saúde e bem-estar, e que inclusivamente pode assumir efeitos quer benéficos, pela promoção de um menor uso de estratégias de evitamento, quer prejudiciais, quando traduz uma negação (Pargament, 2011); note-se que o estudo da religião como método de *coping* tem sido feito em contextos de doença e de acidentes de vida, e não de stresse moderado no trabalho. O *coping* de auto-distração é outro exemplo de como uma estratégia teoricamente mal-adaptativa parece contribuir para resultados adaptativos. A autodistração integrou configurações de bom *coping*, sugerindo que o distanciamento que ela proporciona é uma estratégia saudável, porquanto permita que os indivíduos se restabeleçam dos esforços de *coping*. Shimazu & Schaufeli (2007) haviam já comprovado os efeitos saudáveis da distração sobre o *coping* focado nos problemas, e Carver & Connor-Smith (2010) comprovam que a autodistração pode ser entendida como uma forma de *coping* de acomodação, útil na adaptação a acontecimentos incontrolláveis. A expressão de sentimentos revelou ser uma estratégia instrumental e adaptativa no grupo dos profissionais de saúde com elevada capacidade para o trabalho. Neste sentido, trata-se de argumentos empíricos que sustentam a ideia de não existirem *a priori* boas ou más estratégias de *coping*, uma vez que a qualidade da sua função não pode ser aferida na ausência do contexto da transação de stresse em que são usadas (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Moskowitz, 2004). Por outro lado, aqueles cinco tipos de *coping*, pela disseminação fatorial ou pela diferenciação estrutural que revelaram, podem representar dimensões de *coping* de segunda ordem, a testar através de análise fatorial confirmatória. Aliás, será interessante observar como o modelo fatorial confirmatório explicará a religião e o humor nos grupos de profissionais com boa e excelente capacidade para o trabalho.

Pensamos que os resultados do presente estudo acrescentam uma humilde contribuição ao debate acerca da taxonomia do *coping*. Na realidade, as análises fatoriais realizadas não parecem sustentar empiricamente a divisão entre *coping* focado nos problemas e *coping* focado nas emoções teorizada por Lazarus & Folkman (1984). No que especificamente diz respeito ao *coping* em contexto de trabalho, a nossa posição encontra apoio na de outros autores, como Ingledew et al. (1997), que também não recolheram suporte empírico para a distinção entre *coping* focado nos problemas e *coping* focado nas emoções. Pelo contrário, julgamos que os resultados oferecem evidência empírica de apoio à divisão do *coping* em confrontação e evitamento, tal como Snyder & Pulvers (2001) o conceptualizam e Carver & Connor-Smith (2010) o sugerem, ao distinguirem *coping* de envolvimento de *coping* de desligamento. Assim, vemos confirmado o Sintagma 21 (Cf. Capítulo 3).

A análise fatorial revelou uma comunalidade entre o Uso de Apoio Instrumental e o Uso de Apoio Emocional. Mais: mostrou que esse fator latente comum às duas dimensões é também partilhado pela Expressão de Sentimentos, e mostrou-o de forma consistente (em

cada um dos quatro grupos de ICT para a amostra total). De facto, obter ajuda ou simpatia dos outros é da mesma natureza que falar sobre o que se sente, na medida em que as três ações implicam uma relação interpessoal motivada pelos encontros de stresse. Estes resultados não sustentam a distinção clássica proposta por Lazarus & Folkman (1984), uma vez que o uso de apoio instrumental se refere ao *coping* focado nos problemas e o uso de apoio emocional ao *coping* focado nas emoções. Este dado não é novo – outros autores haviam já comunicado estruturas fatoriais em que o apoio social surgia como um fator independente, para mais utilizando o WCC, fundamentado no modelo de Lazarus & Folkman (Aldwin & Revenson, 1987; Folkman & Lazarus, 1985; Vitaliano et al., 1985). A questão é que aqueles autores não optaram por rever a distinção teórica do *coping* com base nos resultados que alcançaram. Além do mais, nós usámos um instrumento diferente (em parte, já para prevenirmos o comportamento fatorial mais ou menos errático do WCC), que fez associar às duas formas de apoio social uma nova dimensão de *coping*, a expressão de sentimentos.

Por outro lado, a observação dos perfis de bom e de mau *coping* no trabalho parece oferecer alguma sustentação à distinção entre *coping* focado nos problemas e *coping* focado nas emoções, considerando-se o primeiro adaptativo e o segundo mal-adaptativo. Os arranjos fatoriais encontrados parecem relegar as estratégias de *coping* centradas nas emoções (como a autculpabilização) para a categoria do *coping* mal-adaptativo e improdutivo, associadas ao padrão de mau *coping*. No entanto, a autculpabilização associou-se a vários e distintos tipos de *coping* (sendo uma forma de *coping* focado nas emoções, é natural que se associe a outras dimensões de *coping*), alguns deles adaptativos e produtivos (associados ao padrão de bom *coping*), o que parece desconfirmar o suporte empírico inicialmente sugerido. Estes dados, aliás, vão ao encontro das posições de Stanton (2011; Stanton & Franz, 1999) que vem defendendo a função adaptativa do *coping* focado nas emoções.

Concluindo, e olhando para o perfil de bom *coping* revelado por este estudo, parece mais acertado adotar a distinção teórica entre *coping* de confrontação e *coping* de evitamento proposta por Snyder & Pulvers (2001). A confrontação e o evitamento não são sinónimos do *coping* instrumental e paliativo de Lazarus & Folkman (1984), mas algo muito diferente que integra as duas últimas, como vimos no Capítulo 1. A confrontação implica uma aproximação mental ao stressor, independentemente se é dirigida ao ambiente (i.é, focada nos problemas ou instrumental), ou autodirigida e destinada à autorregulação emocional (i.é., focada nas emoções ou paliativa), ao passo que o evitamento representa um afastamento mental em relação ao stressor. Estas duas vias teóricas parecem explicar com maior propriedade os dois perfis de *coping*, o bom e o mau, que o presente estudo fez emergir.

Permitimo-nos adicionar um argumento clínico em favor desta distinção. À luz da psicoterapia prescritiva (Beutler & Harwood, 2000), o sucesso psicoterapêutico depende do ajustamento entre o estilo de *coping* dos clientes e o foco do trabalho terapêutico. Assim, a estilos de *coping* de internalização corresponderá uma terapia centrada no *insight* de natureza interpessoal, enquanto para estilos de *coping* de externalização o clínico deve desenhar um processo terapêutico focalizado na mudança de sintomas e no desenvolvimento de competências. As designações *internalização* e *externalização* provêm da psicopatologia do desenvolvimento, e corresponderão, *grosso modo*, ao *coping* de evitamento e ao *coping* de confrontação. Beutler, Harwood, Kimpara, Verdirame & Blau (2011) definem a internalização e a externalização como

um contínuo, e descrevem os indivíduos internalizadores como desejando proteger-se da novidade e da adversidade através da autocrítica, do evitamento da mudança e do afastamento. Trata-se de indivíduos sensitivos, hiper-reativos, e propensos ao medo e à sensação de vulnerabilidade, que procuram a estabilidade e a segurança concentrando-se nas experiências internas. Por seu lado, os indivíduos externalizadores envolvem-se na mudança e na novidade de forma ativa e assertiva, buscando o contacto com os outros, desfrutando da mudança e sendo gregários nas suas relações com o mundo. Atente-se nas semelhanças concetuais com o modelo de Snyder (1999, 2001; Snyder & Pulvers, 2001). Beutler et al. (2011) confirmaram empiricamente que o ajustamento do plano terapêutico ao estilo de *coping* dos clientes aumenta o sucesso da psicoterapia. Ora, a prática psicoterapêutica (muito mais que a saúde ocupacional) traduz-se direta e indiretamente na mudança do *coping* dos clientes, e por essa via, do seu bem-estar e ajustamento. Por isso, e quanto a nós, as evidências empíricas de Beutler et al. reforçam inigualavelmente a pertinência da distinção entre *coping* de confrontação e *coping* de evitamento.

Apesar dos seus autores defenderem a manutenção da estrutura teórica da COPSQO contra as “investidas” da abordagem indutiva, o comportamento fatorial do instrumento na amostra em estudo revelou resultados assaz interessantes. Esses resultados mais interessantes se tornam quando os confrontamos com aqueles dos demais estudos estatísticos que empreendemos. Com efeito, e em nosso entender, o presente estudo demonstrou a pertinência de algumas “novas” dimensões teóricas a considerar, sugeridas pelas correspondentes macroestruturas fatoriais encontradas. É o caso da segurança psicológica no trabalho e dos desafios psicológicos do trabalho (acrescentamos que os resultados das restantes análises estatísticas parecem reforçar esta designação). Do mesmo modo, parecem igualmente pertinentes as “novas” dimensões conceptuais indutivamente sugeridas pelo alojamento isolado de alguns itens, como a qualidade da liderança, a clareza do papel ou a satisfação no trabalho. Inversamente, tanto o estudo correlacional como o estudo preditivo acabaram por não confirmar algumas das “novas” dimensões psicossociais sugeridas pelo estudo fatorial, como o sentido do trabalho ou a solidariedade. Claramente, a interpretação destes resultados apela a novos estudos, no sentido da confirmação ou revogação destas “novas” dimensões.

## 6.9. Limitações e virtudes do estudo

A regra de ouro da investigação científica em psicologia é assegurar a possibilidade de generalização dos resultados de um determinado estudo. A generalização dos resultados depende de vários aspetos metodológicos, ainda que o carácter empírico do estudo e as propriedades da amostra representem fatores preponderantes. No nosso estudo, o primeiro mais que o segundo pode limitar a generalização dos resultados.

Em rigor, a natureza transversal do presente estudo impossibilita a ilação de uma relação de causalidade, o que limita a generalização dos resultados. De facto, “correlação não é causalidade (...) [porque] cada modelo que é empiricamente testado com dados transversais é na maior parte das vezes tão plausível quanto o modelo alternativo no qual todas as setas são

invertidas” (Kompier & Taris, 2005, p. 64). É claro que a estatística isolada não se basta para explicar os fenômenos que mede, pelo que se torna imprescindível recorrer à teoria para os compreender. Neste caso concreto, a suspeita teórica da direção da influência encontra suporte empírico nos dados estatísticos. Mesmo que correlacionais. Julgamos, ainda assim, que o recurso a modelos de previsão poderá ter contribuído para complementar os dados das análises correlacionais, “limpando” e esclarecendo os mesmos, e sobretudo que o recurso ao método de exploração fatorial permite minimizar possíveis efeitos dessa limitação, na medida em que fornece informação não dependente do cruzamento transversal de variáveis. Com base na assunção teórica da direção dos efeitos, e (mais ainda) cientes da circularidade causal dos processos de stress e *coping* (Lazarus & Folkman, 1986), julgamos que a conjugação dos dados resultantes dessas três metodologias analíticas poderá obstar à limitação referida.

O método de amostragem aconselha cautela nas generalizações. Por norma, as amostras construídas por conveniência não oferecem segurança quanto à generalização dos resultados. Como referimos no Capítulo 4, a melhor forma de caracterizar a nossa amostra é considerá-la de conveniência. No entanto, não é absolutamente correto que ela seja apenas isso, uma vez que algumas das populações estudadas foram contactadas na sua universalidade (por ex., fisioterapeutas; a associação nacional da classe enviou um email a todos os membros, que são a totalidade dos fisioterapeutas), em algumas das organizações foram contactados todos os colaboradores (por exemplo, Centro Hospitalar de São João), ou a totalidade de um dado grupo profissional (por exemplo, controladores de tráfego aéreo) e em algumas outras pareceu-nos ter existido amostragem por *snowball* (nutricionistas/dietistas). Um segundo aspeto menos positivo relacionado com a amostragem é a impossibilidade de calcularmos a taxa de resposta global ao questionário. Não é possível saber quantas mensagens convidando à participação no estudo foram enviadas, quantas foram lidas, e dessas, quantas não resultaram no acesso ao questionário. Sabemos apenas que dos 3925 sujeitos que acederam à plataforma de recolha de dados, um total de 492 não participou no estudo, ou porque explicitamente declarou não o consentir, ou porque não respondeu a nenhuma questão (Cf. Capítulo 4). Em todo o caso, julgamos que a grande dimensão da amostra parece compensar a relativa limitação associada ao método de amostragem, na medida em que permite observar regularidades estatísticas.

A amostra, por seu lado, pode encerrar uma nova limitação, relacionada com as suas características. Com efeito, a população amostral estudada revela possuir boa capacidade para o trabalho e bons ambientes psicossociais de trabalho. Os próprios modelos de previsão revelaram um valor elevado da constante e mostraram-se incapazes prever o ICT pobre, o que reforça a conclusão anterior. A questão óbvia coloca-se: será que os mesmos dados se verificariam em populações menos capazes e com ambientes de trabalho mais desfavoráveis do ponto de vista psicossocial? E à questão óbvia sucederia a mais que provável limitação na generalização dos resultados, não fossem os mesmos enquadráveis nos valores nacionais e internacionais (Silva, no prelo,a; Silva, no prelo,b), tal como referimos nos Capítulos 5.2.3. e 5.2.4. Ainda assim, estudos futuros poderão centrar-se especificamente em populações amostrais com ICT pobre, no sentido de confirmar ou infirmar a generalização a partir dos dados do presente estudo. Por outro lado, e além do tamanho, a amostra possui características que oferecem segurança suplementar quanto às extrapolações ou generalizações senão para a população geral, pelo menos para a população donde ela foi retirada, ou seja, generalizações populacio-

nais. Destacamos as idades e os anos de experiência profissional, que revelam que os sujeitos estudados não são pessoas nem muito novas (e inexperientes), nem muito velhas, e que reproduzem provavelmente as condições da maior parte da população ativa em trabalhos mentais. A média das idades situa-se no intervalo dos 30-40 anos, a maior parte das pessoas são casadas (ou unidas de facto), o que de alguma forma representa uma população que é de esperar que esteja envolvida já com algum nível de experiência e diferenciação no seu trabalho, mas também na família (são casados; não foi questionada a existência de filhos mas é de esperar que sim; aliás, a análise de conteúdo revelou essa lacuna [*Em nenhuma parte do questionário pergunta se tem ou não filhos*; Cf. Tabela 5.32] e esclareceu a dúvida: *Tenho um bebé de 13 meses que, esse sim, me deixa fisicamente exausta e que me tem deixado cada vez mais desinteressada pelo trabalho*; Cf. Tabela 5.32); por fim, alguns constituem já a *geração sanduiche*, em que os próprios pais começam a requerer mais cuidados. Ou seja, pensamos que a amostra traduz com alguma fidelidade pessoas na fase da vida mais produtiva e generativa. Os médicos, que constituem uma população tradicionalmente avessa a participar neste tipo de estudos, estão representados numa percentagem relativa superior ao habitual, quando comparada com a percentagem de enfermeiros. Poderá ainda acontecer que os enfermeiros, psicólogos clínicos, médicos e terapeutas da fala estejam sub-representados na amostra, em virtude da impossibilidade de chegarmos até eles a partir das respetivas Ordens profissionais (por opção das mesmas, ou por na altura da recolha de dados estarem em processos de eleições e de mudança de corpos dirigentes, como foi o caso da Ordem dos Enfermeiros). Aliás, muito estranhamente, a amostra não conta com psicólogos clínicos, ou então eles identificaram-se de outras formas (por exemplo, como técnico superior).

Julgamos que uma das virtudes do estudo reside no controlo suficiente e aceitável de variáveis confundidoras. Os fatores de confusão típicos neste domínio de estudo e no desenho metodológico que realizámos são o tipo de stressores, a perceção de stresse, a intensidade da resposta de stresse, a personalidade, a desejabilidade social e a afetividade negativa. O controlo sobre o tipo de causas de stresse consistiu na delimitação da população amostral às ocupações de trabalho mental. O stresse no trabalho foi assumido de modo genérico, uma vez que nos interessava estudar a estrutura do *coping* nos trabalhos mentais de modo igualmente genérico. Assumimos que a natureza dos stressores era semelhante para todos os sujeitos, uma vez que todos eles são trabalhadores de colarinho branco, observando, naturalmente, diferenças parciais entre os profissionais da saúde e os outros profissionais, o que se confirmou. Contávamos, ainda, com uma representação social sobre a saúde, o stresse e o *coping* no trabalho transversal a toda a amostra. Respaldámo-nos na literatura que sugere que os trabalhadores de colarinho branco possuem uma representação sofisticada e multifacetada do stresse ocupacional, refletindo os seus diferentes processos pessoais, ambientais e sociais, e que reconhece as causas de stresse como predominantemente organizacionais e as consequências como principalmente individuais (Kinman & Jones, 2005). A análise de conteúdo permitiu confirmar esse mesmo conhecimento, como se pode concluir da assunção implícita neste comentário: *o meu local de trabalho era muito stressante a ponto de ter ficado doente*. Assim, consideramos ter controlado, pelo menos minimamente, as situações de stresse que este tipo de sujeitos encontra no trabalho. Um controlo maior sobre os stressores ultrapassaria os limites do nosso estudo, ao inaugurar um nível de análise mais fino. Em todo o caso, estudar os fatores sociais, o *coping* e a saúde no trabalho relativamente a situações stressoras particula-

res poderá permitir testar com maior precisão a contribuição dos fatores psicossociais na definição do *coping*, seja no sentido de verificar um efeito maior do que aquele que verificámos (Cf. Capítulo 6.2), seja no sentido de identificar fatores psicossociais específicos passíveis de intervenção organizacional. De facto, a literatura deixa entender que essa influência poderá depender do tipo de situação stressora. Por exemplo, Fugate et al. (2002) sugerem que o *coping* dos indivíduos durante uma fusão ou aquisição organizacional pode ser favorecido pela organização. Dewe et al. (2010) apelam mesmo à realização deste tipo de estudos, porquanto contribua de modo mais eficaz para a definição operacionalizável de intervenções da gestão tendentes à redução do stress no trabalho e à promoção da saúde ocupacional. Seriam bem-vindos estudos futuros que fixassem as causas de stress, de modo a compreender melhor a estrutura de *coping* em situações específicas, como o fizeram Tabak & Kaprak (2007) com o estudo do *coping* de enfermeiros nos conflitos com médicos. Não controlar a “intensidade” de stress (percecionado ou manifesto, em termos de sintomas) poderia concorrer para ignorarmos se o *coping* observado seria mais uma função de baixos níveis de stress do que da natureza stressora do trabalho. O pior cenário possível seria a amostra não se considerar em stress, enviesando dessa forma os resultados relativos ao *coping*. Convenhamos que seria dificilmente aceitável que cerca de três mil profissionais não se percecionassem em stress, pelo menos em stress moderado (que era, ainda para mais, aquele que nos interessava estudar). Podemos assumir que esse controlo foi garantido secundariamente pelo COPSQ, que inquiria não só por sintomas (da resposta) de stress, sintomas depressivos, dificuldades em dormir, *burnout*, e saúde geral, como ainda pelos fatores psicossociais geradores de stress e mal-estar. Apesar da população estudada não se revelar, genericamente, muito “stressada” com o trabalho, sabemos que se percecionam em stress (não só porque identificam situações stressoras organizacionais, mas também por causa dos comentários estudados através da análise de conteúdo; por exemplo: *hoje mais do que nunca as exigências são muitas, o valor que devia ser dado como profissional não é nenhum; encerramento de serviços e a redução de recursos [...] tem contribuído para um elevado nível de stress nos profissionais da saúde; existe um sentimento de frustração e despersonalização no produto do nosso trabalho, somos tratados como um número, perfeitamente descartáveis*; Cf. Tabela 5.32) e que apresentam sintomas de stress, pelo menos alguns subgrupos mais que outros (Cf. Capítulo 5.2). Em todo o caso, estudos futuros que incluíssem medidas de perceção de stress ou de (outros, ou mais) sintomas de stress seriam bem-vindos. Apesar da (aparente) ausência de controlo dos efeitos atribuíveis à personalidade ter sido inclusivamente objeto de uma crítica ao questionário, identificada na análise de conteúdo (*Penso que era importante ter perguntas em que o inquirido caracterizasse a sua personalidade pois influencia muito o stress [sic] no trabalho*; Cf. Tabela 5.32), esse controlo foi, pelo menos marginalmente, assegurado. Com efeito, o COPSQ incluía um item relativo à autoeficácia, que é uma característica relativa à personalidade, e que foi, na realidade, o fator com maior influência sobre o *coping*. Tendo em conta que a literatura salienta a contribuição positiva da autoeficácia para o *coping* no trabalho, (Ebstrup et al., 2011; Welbourne et al., 2007) podemos concluir que o nosso estudo apresenta um controlo aceitável dos efeitos desta variável. O mesmo já não se pode concluir acerca das duas principais variáveis de confusão em estudos de psicologia, a desejabilidade social e a afetividade negativa (Ingledeew et al., 1997). Ao não termos avaliado estas duas variáveis, não podemos saber, em rigor, se os sujeitos responderam o que julgavam suposto responder (desejabilidade social) ou se só participaram indivíduos “stressados” (elevada afetividade negativa) ou apenas indivíduos

movidos pelo interesse filantrópico de colaborar (reduzida afetividade negativa). No que respeita à afetividade negativa, estamos em crer que a amostra comporta ambos os exemplos supramencionados, atentando nos comentários estudados (Cf. Capítulo 5.5), imaginando nós que os seus efeitos se anulem mutuamente. Em todo o caso, julgamos que o tamanho da amostra poderá ter diluído estes efeitos, assim como as características “saudáveis” da mesma, como anteriormente discutimos. Três outras insuficiências merecem ser apontadas.

Em primeiro lugar, não controlámos o significado que os sujeitos atribuíram ao *coping* avaliado, quedando-nos pela interpretação hipotética dos mesmos. Este facto prende-se com a limitação do uso de questionários para medir o *coping*. Com efeito, o questionário reduz a multitudine de possibilidades de *coping* aos itens listados, e obriga os sujeitos a “encaixar” o seu *coping* nas opções disponibilizadas. Esta limitação será mais difícil de resolver, na medida em implica uma mudança radical na metodologia da avaliação do *coping*, em concreto o abandono de questionários quantitativos em favor de recolha de dados de natureza qualitativa. Folkman & Moskowitz (2004) propõem mesmo uma abordagem narrativa para a avaliação do *coping*. Apesar de provavelmente impraticável em amostras com o tamanho da presente, uma tal abordagem enriqueceria sobremaneira a nossa compreensão sobre a estrutura do *coping* no trabalho.

A segunda limitação reside na reduzida dimensão da subamostra de profissionais com ICT pobre e na baixa consistência de alguns fatores propostos pelas soluções encontradas nas análises fatoriais. Apesar da reserva já referida nas extrapolações a partir dos resultados presentes, estamos convictos que as principais conclusões não são afetadas. Em todo o caso, o estudo de profissionais com ICT pobre e a replicação das análises fatoriais em estudos posteriores poderão colmatar esta insuficiência.

Uma terceira limitação, mais importante, relaciona-se com o método estatístico usado para estudar a estrutura fatorial do Brief COPE. Escolhemos a análise fatorial exploratória porque queríamos de facto *explorar* as estruturas do *coping* nos diferentes grupos considerados, sem premissas apriorísticas. Contudo, este método apenas resulta na identificação de fatores latentes partilhados, não permitindo explicar as estruturas encontradas. Com efeito, o recurso generalizado na investigação científica do *coping* à análise exploratória de fatores comuns tem sido fortemente criticado devido à sua falta de poder explicativo (Folkman & Moskowitz, 2004; Skinner et al., 2003), que apenas pode ser realizado por meio da análise fatorial confirmatória, que permite não apenas a avaliação psicométrica de instrumentos, mas sobretudo a validação de constructos, o teste de efeitos e o teste de invariância dos modelos em grupos e populações (Harrington, 2009). Os resultados da análise exploratória, contudo, podem ser assumidos como pontos de partida para a formulação de hipóteses acerca da estrutura do *coping*, a testar por meio da análise confirmatória. É razoável esperar que as macroestruturas que designámos por *coping* de Confrontação Positiva dos Problemas, Desligamento e Busca de Apoio Social venham a ser confirmados como fatores de primeira ordem, enquanto as microestruturas Religião, Autodistração e Humor sejam confirmadas como fatores de segunda ordem. A mesma estratégia analítica poderia ser usada para a verificação dos agrupamentos fatoriais encontrados no COPSQ, bem como para testar a tríplice natureza dessas variáveis. A sua confirmação constituiria um argumento pertinente para a discussão teórica de natureza indutiva sobre a dimensionalidade do conceito de fatores psicossociais.



## 6.10. Desenvolvimentos futuros

Em ciência, a verdade é provisória. No confronto das limitações do estudo com as suas virtudes, encontramos segurança suficiente quanto à bondade e generalização (pelo menos, populacional) dos seus resultados. Assim, propomo-nos aceitá-los como verdade provisória, e aguardamos reforço ou revogação dos estudos vindouros. Recordamos que o nosso trabalho consistiu essencialmente num estudo de caracterização. As evidências empíricas encontradas necessitam ser posteriormente acrescentadas de dados empíricos que possibilitem, num nível mais profundo, a compreensão de relações de causalidade e dos diferentes efeitos (diretos, mediadores, moderadores) atribuíveis ao *coping* no trabalho. Relativamente à investigação específica das variáveis que estudámos, contamos com estudos longitudinais, que de modo mais capaz possam atestar relações de causalidade. Serão bem-vindos estudos que integrem métodos estatísticos que complementem algumas das limitações anteriormente enunciadas, nomeadamente análises fatoriais confirmatórias ou modelos de equações estruturais. O enriquecimento dos resultados deste estudo dependerá igualmente do maior controlo sobre o significado pessoal que os profissionais atribuem às estratégias de *coping* em estudo. Este último aspeto introduz um dos maiores desenvolvimentos a operar no estudo do *coping* no trabalho, que consiste na sua investigação qualitativa. Os investigadores são convidados a convocar os métodos qualitativos para o centro do estudo do *coping* no trabalho.

De seguida, sintetizamos as sugestões de estudos futuros decorrentes da discussão dos nossos resultados. Agrupamo-los em três temas, um de sugestões de melhoramentos em escalas e questionários, o segundo de replicação do estudo, para confirmação de resultados e melhor esclarecimento dos mesmos, e um terceiro, de desenvolvimento e progressão, que acrescentem sofisticação metodológica e produzam resultados novos, anunciados ou interpedados pelos presentes.

1. Refinamentos psicométricos
  - 1.1. Teste de uma formulação alternativa do item 25 da versão portuguesa do Brief COPE, por exemplo: *Esforço-me por pensar na melhor forma de lidar com a situação.*
  - 1.2. Inversão da escala de resposta na versão portuguesa do COPSOQ.
  - 1.3. Embora não se tenham registado problemas com o seu comportamento estatístico, julgamos pertinente considerar a sugestão do *focus group* (Cf. Capítulo 4.5) de reformular o item 8 do COPSOQ (*O seu trabalho exige emocionalmente de si?*) para: *O seu trabalho é emocionalmente exigente?*
2. Replicação do estudo
  - 2.1. Nas duas populações amostrais isoladamente, os profissionais de saúde e os não profissionais de saúde.
  - 2.2. Num período temporal posterior à crise económica (de forma a testar a consistência dos resultados empíricos, bem como a sua maior ou menor dependência dos constrangimentos socioeconómicos); com efeito, muitos participantes denunciaram a possível influência deste período histórico no enviesamento dos dados (Cf. Tabela 5.32).
  - 2.3. Numa amostra maior de sujeitos com ICT pobre.

- 2.4. Controlando os tipos de causas de stresse.
- 2.5. Incluindo medição da percepção de stresse.
- 2.6. Recorrendo à análise fatorial confirmatória para estudo da estrutura fatorial do Brief COPE e do COPSQ, que melhor possam informar indutivamente sobre a dimensionalidade conceptual do *coping* e dos fatores psicossociais.
- 2.7. Verificação de resultados parciais
  - 2.7.1. Confirmação ou infirmação da consistência interna dos fatores do ICT.
  - 2.7.2. Repetição da análise fatorial do COPSQ com a amostra total, recorrendo a técnicas de imputação de dados, substituindo a supressão de casos com valores em falta (a confirmação de resultados reforçará as conclusões teóricas).
  - 2.7.3. Retirada de fatores psicossociais relativos à personalidade e às consequências do stresse no trabalho (saúde e satisfação profissional) dos modelos de regressão linear, no sentido de analisar isoladamente a contribuição dos restantes fatores sobre o *coping*.
- 2.8. Inclusão em futuros questionários das sugestões dos participantes recolhidas na análise de conteúdo, a saber: inquirir o número de filhos; incluir instituição de ensino de formação; oferecer opção de *meses* relativa ao tempo de trabalho; oferecer opções *não sabe* e *não se aplica*; disponibilizar opções de *trabalho por turnos, trabalhador independente e mais do que um trabalho*
3. Estudos de desenvolvimento
  - 3.1. Estudar a relação de causalidade entre as variáveis estudadas, quer em análises transversais, recorrendo a outros métodos estatísticos (e.g., equações de regressão hierárquica, modelos de regressão estrutural, como *path analysis*, etc), quer através de desenhos longitudinais.
    - 3.1.1. Em *designs* longitudinais, testar a função transformacional do *coping*.
  - 3.2. Estudar os efeitos do *coping* tanto sobre os fatores psicossociais e a capacidade para o trabalho, como na relação entre ambas, quer recorrendo a outros métodos estatísticos em estudos transversais, quer em estudos longitudinais.
  - 3.3. Estudar o *coping* no trabalho através de metodologias qualitativas (por ex., entrevistas, análise de conteúdo).
    - 3.3.1. Cruzar dados qualitativos com dados quantitativos do Brief COPE, no sentido de compreender melhor o significado das variações quantitativas em algumas dimensões de *coping* no trabalho.
  - 3.4. Comparar padrões de *coping* de trabalhadores de organizações saudáveis ou autênticas e de trabalhadores de organizações menos saudáveis (ou com diferentes níveis de clima autêntico).
    - 3.4.1. Analisar a possível proximidade concetual entre estratégias de *coping* e estratégias de *savoring*, ou testar a sua clara diferenciação teórica.

Chegar ao fim do texto listando sugestões de desenvolvimentos e de estudos futuros não é um facto despiciendo; foi mesmo intencional. Talvez que estes desenvolvimentos futuros, a serem concretizados, venham a conferir valia empírica ao nosso estudo, enquanto contributo iniciático e incentivo para se ir mais além. De facto, e como confessámos no Capítulo 4, a nossa esperança é que os resultados venham a indicar caminhos que contribuam para arriscar em metodologias mais sofisticadas.

O desenvolvimento futuro que mais ansiamos ver concretizado prende-se com a realização de estudos empíricos sobre a eficácia de intervenções organizacionais de gestão do stresse, que possam introduzir as variáveis que estudámos e integrar as recomendações empíricas sintetizadas neste capítulo. Seria, no fundo, a concretização do Sintagma 32, enunciado no Capítulo 3. Imaginamos que um estudo que confirme a melhoria do ambiente psicossocial de um dado trabalho (organização, departamento) como fator causal da melhoria do *coping* dos indivíduos e conseqüentemente da melhoria do seu estado de saúde e rendimento, seja um argumento inigualável, não apenas no reforço dos resultados deste estudo, mas sobretudo na afirmação dos modelos teóricos subjacentes ao stresse, *coping* e saúde no trabalho.



## CONCLUSÃO GERAL

Da forma como lidamos com o stresse do trabalho cotidiano depende muita da construção da nossa saúde, dos avanços e recuos ao longo do contínuo mal-estar/bem-estar. Esperávamos isso, e o estudo confirmou isso mesmo. Mas não se trata apenas da confirmação empírica de uma hipótese, ou sequer da primeira vez em que ela acontece em trabalhadores portugueses especificamente de trabalhos mentais. É mais do que isso, e não é despidendo esse facto: trata-se de uma pista, de uma solução, de uma via. Senão, repare-se: a atividade económica *terciarizou-se*, e a grande maioria das pessoas desempenha agora trabalhos de natureza mental. Mesmo as ocupações não terciárias dependem agora de muitas das mesmas ferramentas tecnológicas e psicossociais dos trabalhos mentais. Assim, se a saúde depende do *coping*, então o *coping* no trabalho é uma pista a explorar pela saúde ocupacional, uma solução para a crescente importância dos fatores psicossociais no trabalho, uma via para garantir a saúde das pessoas no trabalho, agora e no futuro que se avizinha.

Se é verdade que o ambiente psicossocial do trabalho é gerador de stresse, é também verdade que ele é uma fonte de recursos para o *coping*. Pelo menos teoricamente. Senão, pensemos por exemplo, na insegurança no trabalho: um trabalho (ocupação ou emprego) inseguro gera preocupações, enquanto um trabalho seguro confere algum conforto, contribuindo para a pessoa não se sentir tão ameaçada. Portanto: não só menos *stressada* (i.é., menos emoções desagradáveis, menos reatividade psicofisiológica, menos alterações comportamentais), como mais capaz de lidar com as condições stressoras inerentes à vida do trabalho (i.é., um *coping* mais eficiente na sua ação e mais eficaz no seu efeito). Esperávamos observar um comportamento positivo do ambiente psicossocial do trabalho na promoção do *coping* dos profissionais de colarinho branco, e confirmámos isso mesmo. Confessamos, porém, um inicial amargo de boca com tal resultado: a correlação mostrou-se mais baixa do que esperávamos. Porque esperávamos uma mais forte evidência empírica da influência positiva do bom ambiente psicossocial sobre o *coping* dos trabalhadores? Por uma questão estratégica. Afirmar que o *coping* dos profissionais depende apenas minimamente da organização psicossocial do trabalho é um argumento praticamente condenado à partida, se queremos mobilizar as organizações para a mudança das suas práticas de gestão. E isto aconteceria em virtude da tomada de decisão organizacional ser basicamente quantitativa (quanto custa? quanto rende?). Já o argumento – empiricamente validado – de que a gestão do stresse organizacional tem uma taxa de retorno que varia entre 1,95 e 3,75 dólares (canadianos) por cada dólar investido (Tangri, 2003) é um argumento capaz para os decisores organizacionais. Infelizmente, continuarão a investir na gestão do stresse *business as usual*: formações ocasionais, contratos com *healthclubs*, massagens de relaxamento durante o tempo de trabalho, aulas de yoga, corridas contra o stresse, terapias do riso, e sucedâneos. Quando não é meramente oca-

sional, quase um epifenómeno, é uma coleção de medidas na sua totalidade centrada nos sintomas de stresse e nas pessoas, e assumida como a gestão do stresse. A má gestão do stresse, permitimo-nos qualificar. Tal como Ingledew et al. (1997), julgamos que estas práticas habituais de gestões de stresse acabam por reforçar o *coping* de evitamento. Ora, nós desejávamos que o nosso estudo se viesse a revelar um argumento contra esta prática, e que contribísse para convencer as organizações que a gestão do stresse é mais do que *aliviar o stresse* e que passa sobretudo por aquilo que a saúde ocupacional designa de gestão de riscos relacionados com o stresse (Leka et al., 2005): agir antecipada e preventivamente na origem das condições organizacionais geradoras de mal-estar e prenunciadoras de doença. Essas condições referem-se, justamente, ao ambiente psicossocial do trabalho. Uma conclusão apressada dos valores reduzidos de correlação poderia obstar à concretização desse desejo, se ignorássemos o facto de que eles talvez não sejam assim tão pequenos *na realidade*, como discutimos no capítulo precedente. Seja como for, a administração das organizações pouco pode fazer, por meio de medidas de gestão, para alterar a personalidade ou a realidade sociocultural. Mas pode quase tudo fazer para alterar as práticas de gestão que concorrem para o ambiente psicossocial do trabalho. Esperamos que estudos futuros venham a revelar resultados mais *convincentes* para quem tem o poder de decidir nas organizações. Perante a insuficiência persuasiva dos valores revelados pelo nosso estudo, reconfortamo-nos na máxima atribuída a um dos pioneiros da psicometria, Louis Leon Thurstone: *em psicologia medimos os homens pelas suas sombras*.

Julgamos não dever perder a *floresta* de vista (os méritos do estudo) quando nos detemos nos problemas de uma *árvore* (as baixas correlações acima referidas). Além do mais, tais problemas permitem-nos a *ilação positiva da adversidade*, pois suscitam uma discussão de natureza epistemológica. Tal discussão, que se impõe, situa-se na diferença entre um nível de conhecimento *simples* e um nível de conhecimento *complexo*. O conhecimento simples assenta em relações diretas e lineares, de comprovada causalidade, enquanto o conhecimento complexo não. Há já cerca de três décadas que Lazarus & Folkman vêm defendendo que a essência do stresse e *coping* escapa a uma tal simplificação concetual, ao proporem a ideia de transação (1984) e de causalidade circular (1986), no que são secundarizados por outros autores; por exemplo, Edwards (1992), que declara ser a realidade da saúde, stresse e *coping* no trabalho mais complexa do que análises bivariadas podem fazer supor. A noção de transação instaura um novo nível de abstração, cujo efeito supõe a integração das características de duas variáveis diferentes, que origina um novo efeito que suplanta a simples adição ou interação. Trata-se claramente de um convite à complexidade, a ideia de que uma realidade complexa não pode ser compreendida pela mera compreensão dos seus componentes individuais. As realidades complexas são constituídas por coleções de componentes que interagem de formas não-lineares, fazendo com que o todo seja maior que a soma das partes ou que *mais seja diferente* (Mitchel, 2009). Por muito apelativo que fosse o conhecimento simples, na medida em que permitiria desenvolver modelos teóricos e de intervenção mais controláveis, a realidade do *coping* no trabalho é multivariada. Assim, à insuficiência de um conhecimento simples, não podem corresponder operações de mudança organizacional direta, de natureza causa-efeito. Para essas, seriam necessários valores de correlação mais elevados, para lá de qualquer dúvida razoável. Para a mudança complexa, não-linear, transaccional, de causalidade circular, que muito provavelmente traduz a realidade da saúde no trabalho, é necessário descobrir os princípios

simples que explicam comportamentos complexos (Mitchel, 2009). Como por exemplo - estamos em crer que é o que nos diz a *floresta* – que a melhoria do ambiente psicossocial do trabalho reduz o stresse, favorece o *coping* e promove a saúde.

Pretendíamos, por fim, desvendar o *coping capaz*, a estrutura de *coping* que melhor pronunciase a saúde no trabalho, entendida como capacidade de lidar com o mundo e consigo mesmo (de autorregulação, portanto). De novo, os resultados do estudo vieram satisfazer empiricamente a nossa curiosidade, alicerçada nas expectativas teóricas e práticas (profissionais), de que um tal bom *coping* no trabalho se orientasse para a confrontação positiva do stresse. Trata-se da maior realização que o presente estudo nos permitiu alcançar. Conhecer a constelação de estratégias de *coping* que auguram melhor saúde no trabalho permite desenhar melhores intervenções clínicas e formativas no sentido de ajudar os profissionais de trabalhos mentais a enfrentar de modo mais capaz o inevitável stresse no trabalho. Além do mais, ao ter-se identificado quais os fatores psicossociais que mais parecem concorrer para esse *coping capaz*, as organizações ficam igualmente mais habilitadas para desenvolver medidas de gestão conducentes à melhoria do ambiente psicossocial do trabalho. Por isso consideramos a identificação do perfil de bom *coping* no trabalho a realização maior, na medida em que os resultados empíricos oferecem imediata e direta tradução em intervenções práticas. Para mais, resultados empíricos portugueses, pioneiros tanto quanto julgamos saber, e portanto promissores em termos de operacionalização prática no trabalho concreto e cotidiano dos profissionais de trabalhos mentais em Portugal. Enfim, julgamos poder concluir que o estudo pode contribuir de modo honesto e consistente para a melhoria do *coping* das pessoas e para a melhoria do ambiente psicossocial das organizações. Mas não só. Esperamos que também contribua, talvez num distante longo prazo, para a melhoria do próprio trabalho enquanto ideia, prática e facto social total.

Dispomos há já tempo suficiente de vaticínios sobre o futuro do trabalho e, por via dele, da vida das pessoas e das sociedades (e.g., Handy, 1989, 1995; Karasek & Theorell, 1990). Alguns deles, mais positivos, já se concretizaram, felizmente, como a maior autonomia, aprendizagem, controlo, interação social, flexibilidade (muitos deles motivados pelas novas tecnologias da informação e da comunicação), ou a ideia do trabalhador de *portefólio* proposta por Handy. Outros, mais negativos, estão a concretizar-se agora, neste exato momento histórico, de forma assustadora: incerteza, imprevisibilidade, sobrecarga, isolamento, desproteção, coerção, ou a ideia de Handy do trabalhador das organizações neotaylorizado e cujas capacidades humanas se encontram domesticadas ao serviço da competitividade, qual *robot* de carne e osso. Melhorar o *coping* das pessoas e o ambiente psicossocial do trabalho é também uma forma de concretizar o que falta concretizar das melhores antevisões, de cumprir a promessa das fantasias positivas do futuro do trabalho, e de evitar a materialização das antevisões mais negativas, de contrariar o anúncio distópico de um trabalho gerador de mal-estar, sofrimento e doença. E provavelmente, de concretizar o nosso próprio vaticínio sobre o futuro do trabalho (Ramos, 2001), mais utópico e mais longínquo, naquilo que pode ser designado como uma tarefa civilizacional, e que consiste na despromoção do trabalho para o lugar que ele devia ocupar na vida de todas as pessoas. Porque o trabalho é a única atividade essencialmente humana que é estrangeira à essência da humanidade.





## Referências bibliográficas

- AESST, Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2010). *Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes*. Bilbao: Autor. Acedido em 28 de fevereiro de 2011: [https://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt\\_esener1-summary.pdf](https://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt_esener1-summary.pdf)
- Afifi, T. D., Hutchinson, S., & Krouse, S. (2006). Toward a theoretical model of communal coping in postdivorce families and other naturally occurring groups. *Communication Theory, 16*(3), 378-409. doi: 10.1111/j.1468-2885.2006.00275.x
- Afifi, W. A., Felix, E. D., & Afifi, T. D. (2012). The impact of uncertainty and communal coping on mental health following natural disasters. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal, 25*(3), 329-347. doi: 10.1080/10615806.2011.603048
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, Coping, and Development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, Coping, and Development: An integrative perspective (Second Edition)*. New York: Guilford Press.
- Aldwin, C. M. (2011). Stress and coping across the lifespan. In S. Folkman (Ed.), *The oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 25-34). New York: Oxford University Press.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 337-348. Resumo aceso em 10 de Novembro de 2013 de <http://psycnet.apa.org/>
- Aldwin, C. M., Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Taylor, A. L. (2011). Coping and self-regulation across the life span. In K. L. Fingerman, C. A. Berg, J. Smith & T. C. Antonucci (Eds.), *Handbook of life-span development* (pp. 561-587). New York, NY: Springer.
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(5), 1066-1074.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1988). *Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APA<sup>1</sup>, American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4.ª Ed., Revisão de texto)* (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (obra original publicada 2000)
- APA<sup>2</sup>, American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association (6<sup>th</sup> Ed.)*. Washington, DC: Autor.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*(3), 417-436. Resumo aceso em 13 de novembro de 2013 de <http://psycnet.apa.org/>
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417-436. Resumo aceso em 10 de Novembro de 2013: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9136643>

- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress, 22*(3), 187-200. doi: 10.1080/02678370802393649
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.
- Bartley, C. E., & Roesch, S. C. (2011). Coping with daily stress: The role of conscientiousness. *Personality and Individual Differences, 50*(1), 79-83. doi:10.1016/j.paid.2010.08.027
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass, 1*, 115-128. doi: 10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x
- Beehr, T. A., & Newman, J. A. (1978). Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model, and literature review. *Personnel Psychology, 31*, 665-699.
- Berg, B. L. (2007). *Qualitative research methods for the social sciences* (6th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Berg, C. A., Meegan, S. P., & Deviney, F. P. (1998). A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development, 22*(2), 239-261. doi:10.1080/016502598384360
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D., & Blau, K. (2011). Coping style. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 67*(2), 176-183. doi : 10.1002/jclp.20752
- 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), 139-157. doi: 10.1007/BF00844267
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 877-891. Resumo acedido em 10 de Novembro de 2013: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6737198>
- Bjorner, J. B., & Pejtersen, J. H. (2010). Evaluating construct validity of the second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire through analysis of differential item functioning and differential item effect. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(Suppl 3): 90-105. doi:10.1177/1403494809352533
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping: a systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 47*(2), 137-140.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(3), 525-537.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, (3), 252-260.
- Branco Vasco, A. J. (1985). Dois modelos para a compreensão do processo de confronto (coping). *Jornal de Psicologia, 4*(3), 22-26.
- Brough, P., O'Driscoll, M., & Kalliath, T. (2005). Confirmatory factor analysis of the Cybernetic coping scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 78*(1), 53-61. doi: 10.1348/096317904X23754. Resumo acedido em 15 de janeiro de 2014 de <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Brown, S. P., Westbrook, R. A., & Challagalla, G. (2005). Good cope, bad cope: Adaptive and maladaptive coping strategies following a critical negative work event. *Journal of Applied Psychology, 90*(4), 792-798. doi: 10.1037/0021-9010.90.4.792
- Bruner, J. (1997). *Actos de significado – para uma psicologia cultural*. (V. Prazeres, Trad.). Lisboa: Edições 70 (Obra original publicada 1990).
- Burke, R. J. (2002). Work stress and coping in organizations: Progress and prospects. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges* (pp. 83-106). New York: Oxford University Press.

- Caplan, R. D. (2011). Person-environment fit. In J. J. Hurrell, Jr., L. Levi, L. R. Murphy, S. L. Sauter (Eds.), *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: International Labor Organization. Acedido em 12 de Junho de 2013: <http://www.ilo.org/oshenc/part-v/psychosocial-and-organizational-factors/factors-intrinsic-to-the-job/item/14-person%E2%80%93environment-fit>
- Cartwright, S., & Cooper, C. L. (1996). Coping in occupational settings. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 202-220). New York: John Wiley.
- Cartwright, S., & Cooper, C. L. (1997). *Managing Workplace Stress*. Thousand Oaks: Sage.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure *coping* but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S. (2012). *Brief COPE*. Acedido em 17 de Fevereiro de 2012: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE.html>.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. In T. M. Field, P. M. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and Coping* (pp. 305-330). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Fulford, D. (2008). Self-regulatory processes, stress, and coping. In O. P. John, R. W. Robins & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 725-742). New York, NY: Guilford.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing *coping* strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Castaño, E. F. & del Barco, B. L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Chen, W. -, Siu, O. -, Lu, J. -, Cooper, C. L., & Phillips, D. R. (2009). Work stress and depression: The direct and moderating effects of informal social support and coping. *Stress and Health*, 25(5), 431-443. doi: 10.1002/smi.1263
- Christie, M. D. & Shultz, K. S. (1998). Gender differences on coping with job stress and organizational outcomes. *Work & Stress*, 12(4), 351-361. doi: 10.1080/02678379808256872
- Chun, C.-A., Moos, R. H., & Cronkite, R. C. (2006). Culture: A fundamental context for the stress and coping paradigm. In P.T.P. Wong & L.C.J. Wong (Eds.), *Handbook of Multicultural perspectives on stress and coping*. (pp.29-53). New York, NY: Springer.
- Clark, K. K., Bormann, C. A., Cropanzano, R. S., & James, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 434-455.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coelho, G. V., Hamburg, D. A., & Adams, J. E. (1974). *Coping and adaptation*. New York: Basic Books.
- Coelho, J. A. (2010). *Prevenção de riscos psicossociais no trabalho em hospitais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Coelho, J. A. (2011). Qualidade de vida no trabalho e prevenção de riscos psicossociais: Uma abordagem de gestão. Comunicação pessoal apresentada no Simposium Nacional de Capacidade para o Trabalho: Avaliação e Promoção, Aveiro, 17 e 18 de Novembro (não publicado).
- Coelho, J. A. P. M., Albuquerque, F. J. B., Martins, C. R., D'Albuquerque, H. B. & Neves, M. T. S. (2008). Coping em jovens frente à expectativa de inserção ocupacional e indicadores de depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 527-534.
- Coelho, P. C. O. S. (2013). *Coping e presentismo: Que relação?* Dissertação de mestrado em gestão de recursos humanos, ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa (não publicado).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2<sup>nd</sup> Ed.)*. Mahwah, NJ: Erlbaum. Acedido em 24 de janeiro de 2014 de <http://books.google.pt/>
- Cohen, S. e Pressman, S. (2004). The stress-buffering hypothesis. In N.B. Anderson (Ed.) *Encyclopedia of Health & Behavior, Volume 2* (780-782). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87-127.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, *8*, 455-480. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
- Conde, M. C. M. (2009). Quando ver é tão penoso como sentir: Diferenças na percepção e nas estratégias de *coping* de testemunhas e vítimas de *bullying* no local de trabalho. Dissertação de mestrado em gestão de recursos humanos, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa [Em linha]. Acedido em 19 de janeiro de 2014 de <http://hdl.handle.net/10071/2019>
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93*(6), 1080–1107. doi:10.1037/0022-3514.93.6.1080
- Cooper, C. L., Dewe, P. D., & O’Driscoll, M. P. (2011). Employee assistance programs: Strengths, challenges, and future roles. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 337-356). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cooper, C. L., Sloan, S. J., & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator Management Guide*. Windsor: Nfer-Nelson.
- Costa, Jr., P. T., Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 44-61). New York: John Wiley.
- Cotrim, T. (2011). *Índice de Capacidade para o Trabalho*. Comunicação pessoal apresentada no Símposium Nacional de Capacidade para o Trabalho: Avaliação e Promoção, Aveiro, 17 e 18 de Novembro (não publicado).
- Cox, T., Griffiths, A., & Randall, R. (2003). A risk management approach to the prevention of work stress. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.) *The handbook of work and health psychology* (2<sup>nd</sup> Ed.). (pp. 191-206). Hoboken, NJ: Wiley. Acedido em 2 de junho de 2013: <http://www.questia.com/read/117489447/the-handbook-of-work-and-health-psychology>
- Coyne, J. C. & Lazarus, R.S. (1980). Cognitive style, stress perception, and *coping*. In I.L. Kutash e L.B. Schlesinger (Eds.), *Handbook on stress and anxiety: Contemporary knowledge, theory, and treatment* (pp. 144-158). San Francisco: Jossey-Bass.
- Coyne, J. C., & Gottlieb, B. H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, *64*(4), 959-991.
- Coyne, J. C., & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, *55*(6), 655-664.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Fluir* (M. Amado, Trad.). Lisboa: Relógio D’Água. (obra original publicada 1990)
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: RH Editora.
- D’Zurilla, T. J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *4*(4), 327-354.
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, *25*(3), 357-384.
- David, I. C., & Quintão, S. (2012). Burnout em Professores: A sua relação com a personalidade, estratégias de coping e satisfação com a vida. *Acta Medica Portuguesa*, *25*(3), 145-155.
- de Zwart, B.C.H., Frings-Dresen, M.H.W. & van Duivenbooden, J.C. (2002). Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occupational Medicine*, *52*: 177-181.
- Dejours, C. (1985). Organisation du Travail – Clivage – Aliénation. In C. Dejours, C. Veil & A. Wisner (Dir.), *Psychopathologie du Travail*. Paris: Entreprise Moderne D’Édition.

- Dejours, C. (1987). Aspects Psychopathologiques du Travail. In C. Lévy-Leboyer, & J.-C. Sperandio, *Traité de Psychologie du Travail*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (2001). Subjectivité, travail et action. In IPATIMUP, *Os outros em eu*. (pp. 65-76). Porto: Edição do autor.
- Delahajj, R., Gaillard, A. W. K., & van Dam, K. (2010). Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 386-390. doi:10.1016/j.paid.2010.04.002
- Dewe, P. (2003). A closer examination of the patterns when coping with work-related stress: Implications for measurement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76 (4), 517-524.
- Dewe, P. J. (2001). Work stress, coping and well being: Implementing strategies to better understand the relationship. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well being, Vol. 1, Exploring theoretical mechanisms and perspectives* (pp. 63-96). Amsterdam: Elsevier.
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., Cooper, C. L. (2010). *Coping with work stress. A review and critique*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dinis, A., Pinto Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). Contributos para a validação da versão portuguesa do Questionário de Estilos de Coping. *Psychologica*, 54, 35-62.
- Dohrenwend, B. P. (Ed.) (1998). *Adversity, stress, and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (Eds.) (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: John Wiley & Sons.
- Dupret, E., Bocéréan, C., Teherani, M., Feltrin, M., & Pejtersen, J. H. (2012). Psychosocial risk assessment: French validation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 482-490.
- EASHW, European Agency for Safety and health at work (2002a). *Research on changing world of work*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EASHW, European Agency for Safety and health at work (2002b). *New trends in accident prevention due to the changing world of work*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EASHW, European Agency for Safety and Health at Work (2007). Expert forecast on emerging physical risks related to occupational safety and health. Acedido em 26 de Maio de 2013: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/6805478>
- Ebstrup, J. F., Eplöv, L. F., Pisinger, C., & Jørgensen, T. (2011). Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy?. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(4), 407-419. doi:10.1080/10615806.2010.540012
- Edwards, J. R. & Baglioni Jr., A. J. (1993). The measurement of coping with stress: the construct validity of the Ways of Coping Checklist and the Cybernetic Coping Scale. *Work & Stress*, 7(1), 17-31. doi: 10.1080/02678379308257047. Resumo acedido em 15 de janeiro de 2014 de <http://www.tandfonline.com/>
- Edwards, J. R. (1992). A cybernetic theory of stress, coping, and well-being in organizations. *Academy of Management Review*, 17(2), 238-274.
- Edwards, J. R., Caplan, R. D., & Harrison, R. V. (2000). Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 28-67). Oxford: Oxford University Press.
- Eisenberg, N., Valiente, C., & Sulik, M. J. (2009). How the study of regulation can inform the study of coping. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regula-*

- tion. *New directions for child and adolescent development*, (pp. 75–86). San Francisco: Jossey-Bass.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi Health Systems.
- Epel, E.S., Blackburn, E.H., Lin, J., Dhabhar, F.S., Adler, N.E., Morrow, J.D. e Cawthon, R.M. (2004). Accelerated Telomere Shortening in Response to Life Stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(49), 17312-17315.
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 332-350. doi:10.1037/0022-3514.57.2.332. Resumo acedido em 10 de Novembro de 2013: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/57/2/332/>
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (1999): Subjective health complaints: Is coping more important than control? *Work & Stress*, 13(3), 238-252. doi: 10.1080/026783799296048
- Eskelinen, L., Kohvakka, A., Merisalo, T., Hurri, H., Wagar, G. (1991). Relationship between the self-assessment and clinical assessment of health status and work ability. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 17(suppl 1):40-7
- Faragher, E. B., Cooper, C. L., & Cartwright, S. (2004). A shortened stress evaluation tool (ASSET). *Stress and Health*, 20(4), 189 – 201. doi: 10.1002/smi.1010. Resumo acedido em 15 de janeiro de 2014 de <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. Resumo acedido em 17 de janeiro de 2013 de <http://www.jstor.org/>
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (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. doi: 10.1037/0022-3514.48.1.150. Resumo acedido em 7 de dezembro de 2013 de <http://psycnet.apa.org/>
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207–1221.
- Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping: An overview. In S. Folkman (Ed.), *The oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 3-11). New York, NY: Oxford University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987) Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184. doi: 10.1037/0882-7974.2.2.171. Resumo acedido em 17 de janeiro de 2013 de <http://psycnet.apa.org/>
- Fontes, A. P., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2010). Enfrentamento de estresse no trabalho: relações entre idade, experiência, autoeficácia e agência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 620-633. doi: 10.1590/S1414-98932010000300013
- Frankenhaeuser, M. (1986). A psychobiological framework for research on human stress and coping. In M. H. Appley e R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress: Physiological, psychological and social perspectives* (pp. 101-116). New York: Plenum Press.
- Frankl, V. E. (2004). *Man's search for meaning*. Reading, UK: Rider (obra original publicada em 1946).
- Freire, J. (1997). *Variações Sobre o Tema Trabalho*. Porto: Afrontamento.
- French, Jr., J. R. P., Rogers, W., & Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg & J. E. Adams (Eds.), *Coping and Adaptation* (pp. 316-333). New York: Basic Books.
- Freud, A. (1975). *Le moi et les mécanismes de défense* (A. German, Trad.). Paris: Presses Universitaires de France (obra original publicada em 1946)

- Frick, U., Irving, H., & Rehm, J. (2012). Social relationships as a major determinant in the valuation of health states. *Quality of Life Research*, *21*, 209–213. doi: 10.1007/s11136-011-9945-0
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, *169*(12), 1286–1296. doi:10.1001/jama.1959.03000290012005. Resumo acedido em 7 de dezembro de 2013 de <http://jama.jamanetwork.com/>
- Frydenberg, E. (2002). Beyond coping: Some paradigms to consider. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges* (pp. 1-16). New York: Oxford University Press.
- Fugate, M., Kinicki, A. J., & Scheck, C. L. (2002). Coping with an organizational merger over four stages. *Personnel Psychology*, *55*(4), 905-928. doi: 10.1111/j.1744-6570.2002.tb00134.x
- Gailliot, M. T., Mead, N. L., & Baumeister, R. F. (2008). Self-regulation. In O. P. John, R. W. Robins & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 472-491). New York, NY: Guilford.
- George, J. M. & Brief, A. P. (2004). Personality and work-related distress. In B. Schneider & D. B. Smith (Eds.), *Personality and organizations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: Teoria e prática* (C. L. Pires, Trad.). Oeiras: Celta.
- Gianakos, I. (2000). Gender roles and coping with work stress. *Sex Roles*, *42*(11/12), 1059-1079.
- Gianakos, I. (2002). Predictors of coping with work stress: the influences of sex, gender role, social desirability, and locus of control. *Sex Roles*, *46*(5/6), 149-158.
- Gonçalves, Ó. (1993). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas*. Porto: Afrontamento.
- González-Morales, M. G., Peiró, J. M., Rodríguez, I., & Greenglass, E. R. (2006). Coping and distress in organizations: The role of gender in work stress. *International Journal of Stress Management*, *13*(2), 228-248. doi: 10.1037/1072-5245.13.2.228. Resumo acedido em 17 de janeiro de 2013 de <http://psycnet.apa.org/>
- Gould, R., Koskinen, S., Seitsamo, J., Tuomi, K., Polvinen, A., Sainio, P. (2008). Data and methods. In R. Gould, J. Ilmarinen, J. Järvisalo & S. Koskinen (Eds), *Dimensions of Work Ability - Results of the Health 2000 Survey*. Helsinki: ETK, Kela, KTL, FIOH.
- Grant, S., & Langan-Fox, J. (2006). Occupational stress, coping and strain: The combined/interactive effect of the Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, *41*(4), 719-732. doi:10.1016/j.paid.2006.03.008
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2005). Proactive coping, positive affect, and well-being: Testing for mediation using path analysis. *European Psychologist*, *14*(1): 29–39. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.29. Resumo acedido em 13 de Novembro de 2013 de <http://www.psycontent.com/>
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14 (não publicado).
- Guribye, E., Sandal, G. M., & Oppedal, B. (2011). Communal proactive coping strategies among Tamil refugees in Norway: A case study in a naturalistic setting. *International Journal of Mental Health Systems*, *5*(9). doi:10.1186/1752-4458-5-9
- Haan, N. (1985). Conceptualizations of Ego: Processes, functions, regulation. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.) *Stress and coping: An anthology* (pp. 144-153). New York: Columbia University Press (Obra original publicada em 1977).
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. London: Addison-Wesley.
- Hagger, M. S. (2010). Editorial: Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice. *Health Psychology Review*, *4*(2), 57-65.
- Hagihara, A., Tarumi, K., & Miller, A. S. (1998). Social support at work as buffer of work-strain relationship: A signal detection approach. *Stress Medicine*, *14*(2), 75-81.
- Hair, Jr, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis (7<sup>th</sup> Edition)*. Pearson Prentice Hall.

- Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *141*(2-3), 415-424. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.043
- Hamburg, D.A., Coelho, G.V., e Adams, J.E. (1974). Coping and adaptation: Steps toward a synthesis of biological and social perspectives. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg & J.E. Adams (Eds.), *Coping and Adaptation* (pp. 403-440). New York: Basic Books.
- Handy, C. (1989). *The age of unreason*. London: Century Business.
- Handy, C. (1995). *A era da incerteza* (F. O. Faia, Trad.). Mem Martins: Edições Cetop. (obra original publicada 1995).
- Hargie, O. (2011). *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice* (5<sup>th</sup>. Ed.). East Sussex: Routledge.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis*. New York: Oxford University Press.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., & Schulz-Hardt, S. (2011). Endocrinological and psychological responses to job stressors: An experimental test of the Job Demand—Control Model. *Psychoneuroendocrinology*, *36*, 1021-1031. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.12.016
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being, *Work & Stress*, *24*(1), 1-35. doi: 10.1080/02678371003683747
- Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: The effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(3), 681-688. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x
- Helgeson, V. S. (2011). Gender, stress, and coping. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 63-85). New York: Oxford University Press.
- Henry, J. (2005). The healthy organization. In A.-S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.) *Research companion to organizational health psychology* (pp. 382-392). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Hentschel, U., Dragus, J.G., Ehlers, W., Smith, G. (2004). Defense mechanisms: Current approaches to research and measurement, In W. Hentschel, G. Smith, J.G. Draguns, W. Ehlers (Eds.) *Defense mechanisms: Theoretical, research and clinical perspectives*. Amsterdam: Elsevier (pp.3-42).
- Herman, A.M. & Abraham, K.G. (1998). Glossary of Compensation Terms. Washington, DC: United States Bureau of Labor Statistics. Acedido em 21 de julho de 2012 de <http://stats.bls.gov/ocs/sp/ncbl0062.pdf>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 410-433). New York: John Wiley.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44*(3), 513-524.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994). Gender and coping: The dual-axis model of coping. *American Journal of Community Psychology*, *22*(1), 49-82.
- Hochschild, A.R. (2012). *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.
- Holahan, C. J., & Moos, H. M. (1994). Life stressors and mental health: Advances in conceptualizing stress resistance. In W. R. Avison e I. H. Gotlib (Eds.) *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (pp. 213-238). New York: Plenum Press.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996) Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley.
- Holmes, T. H., & Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects* (pp. 45-72). New York: John Wiley.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 213-218.



- Horowitz, M. J. (2011). *Stress response syndromes (5th edition)*. Maryland: Jason Aronson. (Obra original publicada em 1976)
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, *343*. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Igreja, C. M. Q. (2012). Gestão do stresse e estratégias de coping: Quando o stresse deixa de ser um problema. Dissertação de mestrado em gestão de recursos humanos, ISCTE Business School (não publicado).
- Ilmarinen, J. (2007). The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine*, *57*, 160.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K. & Klockards, M. (1997). Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, *23* (suppl 1), 49-57.
- ILO, International Labour Organisation (1986). Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the joint ILO/WHO committee on occupational health. Geneva: International Labour Office.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Edição do autor.
- Ingledeu, D. K., Hardy, L., & Cooper, C. L. (1997). Do resources bolster coping and does coping buffer stress? An organizational study with longitudinal aspect and control for negative affectivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, *2*(2), 118-133.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 30-34.
- Jex, S. M., & Britt, T. W. (2008). *Organizational psychology: A scientist-practitioner approach (2<sup>nd</sup> Ed.)*. New Jersey: John Wiley.
- Karasek, R. (2011). Demand/control model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behavior. In J. J. Hurrell, Jr., L. Levi, L. R. Murphy, S. L. Sauter (Eds.), *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: International Labor Organization. Acedido em 12 de Junho de 2013: <http://www.ilo.org/oshenc/part-v/psychosocial-and-organizational-factors/theories-of-job-stress/item/12-psychosocial-factors-stress-and-health>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, *71*(7), 694-705.
- Kets de Vries, M. F. R. (2001). Creating authentizotic organizations: well-functioning individuals in vibrant companies. *Human Relations*, *54*(1), 101-111.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121-140.
- Kiess, H.O., Bloomquist, D.W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kimemia, M. & Asner-Self, K. K., & Daire, A. P. (2011). An exploratory factor analysis of the Brief COPE with a sample of kenyan caregivers. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *3*, 149-160.
- King, M., Stanley, G. & Burrows, G. (1987). *Stress: Theory and practice*. Sydney: Grune & Stratton.
- Kinman, G. & Jones, F. (2005). Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed? *Work & Stress*, *19*(2), 101-120. doi: 10.1080/02678370500144831
- Kishita, N. & Shimada, H. (2011). Effects of acceptance-based coping on task performance and subjective stress. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*(1), 6-12. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.08.005
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 37, Nº 1, pp. 1-11.

- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S. (1982). Hardiness and Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 42, Nº 1, pp. 168-177.
- Kompier, M. A. J. (2006). New systems of work organization and workers' health. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 32(6) [Special issue], 421–430. doi:10.5271/sjweh.1048
- Kompier, M. A. J., & Taris, T. W. (2005). Psychosocial risk factors and work-related stress: state of the art and issues for future research. In A.-S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.) *Research companion to organizational health psychology* (pp. 59-69). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Kompier, M., & Cooper, C. (1999). Introduction: Improving work, health and productivity through stress prevention. In M. Kompier & C. Cooper (Eds.), *Preventing stress, improving productivity: European cases in the workplace* (pp. 1-8). London: Routledge.
- Krägeloh, C.U. (2011). A systematic review of studies using the Brief COPE: Religious coping in factor analyses. *Religions*, 2, 216-246. doi:10.3390/rel2030216
- Krippendorff, K. (2012). *Content analysis: An introduction to its methodology* (3<sup>rd</sup> Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, W. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(6), 438–449.
- Krohne, H. W. (1986). Coping with stress: Dispositions, strategies, and the problem of measurement. In M.H. Appley e R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives*. New York: Plenum Press.
- Krohne, H. W. (1996). Individual differences in coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 381-409). New York: John Wiley.
- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. [em linha] Acedido em 16 de novembro de 2011 de [http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/Krohne\\_Stress.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/Krohne_Stress.pdf)
- Krohne, H. W., Egloff, B., Varner, L. J., Burns, L. R., Weidner, G. & Ellis, H. C. (2000). The assessment of dispositional vigilance and cognitive avoidance: Factorial structure, psychometric properties, and validity of the Mainz Coping Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 297–311.
- Kuhn, T.S. (1972). *La Structure des Révolutions Scientifiques*. Paris: Flammarion.
- Kuo, B. C. H. (2012). Collectivism and coping: Current theories, evidence, and measurements of collective coping. *International Journal of Psychology*, 48(3), 374-388. doi:10.1080/00207594.2011.640681
- Langens, T. A., & Mörth, S. (2003). Repressive coping and the use of passive and active coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 461-473.
- Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56, 123-136. Resumo acedido a 10 de Junho de 2013: <http://mcr.sagepub.com/content/56/2/123.abstract>
- Latack, J. C. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 377-385.
- Latack, J. C., & Havlovic, S. J. (1992). Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 479-508.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M.H. Appley e R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological and social perspective*. New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). Psychological stress in the workplace. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6(7), 1-13. Resumo acedido de <http://psycnet.apa.org/>
- Lazarus, R. S. (1993a). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality, 74* (1), 9-46.
- Leandro, P. G., & Castillo, M. D. (2010). Coping with stress and its relationship with personality dimensions, anxiety, and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5*, 1562-1573. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.326.
- Lee, I. (2004). Work stress, coping strategies, and consequences among public health nurses - Based on an interactive model. *Taiwan Journal of Public Health, 23*(5), 398-405. Resumo acedido em 19 de janeiro de 2014 de <http://www.scopus.com/>
- Lefcourt, H. M. (2001). The humor solution. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping with Stress: Effective People and Processes* (pp. 68-92). New York, NY: Oxford University Press.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). Work organization and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. [Brochura]. Geneva: World Health Organization.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2005). Work-related stress: the risk management paradigm. In A.-S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.) *Research companion to organizational health psychology* (pp. 174-187). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Leventhal, H., & Nerenz, D. R. (1983). A model for stress research with some implications for the control of stress disorders. In D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 5-38). New York: Plenum Press.
- Lévy-Leboyer, C. (1987). Le travail comme activité et comme valeur. In C. Lévy-Leboyer & J.-C. Sperandio, *Traité de Psychologie du Travail*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lewin, J. E. & Sager, J. K. (2010). The influence of personal characteristics and coping strategies on salespersons' turnover intentions. *Journal of Personal Selling and Sales Management, 30*(4), 355-370. doi: 10.2753/PSS0885-3134300405. Resumo acedido em 19 de janeiro de 2014 de <http://mesharpe.metapress.com/>
- Lima, M. P. (1997). NEO-PI-R. Contextos teóricos e psicométricos: "OCEAN" ou "iceberg"? Tese de doutoramento em psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (não publicado).
- Lipovetsky, G. (1989). *A era do vazio: Ensaio sobre o individualismo contemporâneo* (M. S. Pereira & A. L. Faria, Trad.). Lisboa: Relógio D'Água. (obra original publicada 1983)
- Lu, L., Kao, S.-F., Siu, O.-L., & Lu, C.Q. (2010). Work stressors, Chinese coping strategies, and job performance in Greater China. *International Journal of Psychology, 45*(4), 294-302. doi: 10.1080/00207591003682027
- Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J. L., & Coyne, J. C. (1998). Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*(5), 579-605. doi: 10.1177/0265407598155001~
- Mache, S. (2012). Coping with job stress by hospital doctors: a comparative study. *Wien Med Wochenschr, 162*, 440-447. doi: 10.1007/s10354-012-0144-6.
- Mäkikangas, A., Hyvönen, K., Leskinen, E., Kinnunen, U. and Feldt, T. (2011). A person-centred approach to investigate the development trajectories of job-related affective well-being: A 10-year follow-up study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 84*: 327-346. doi: 10.1111/j.2044-8325.2011.02025.x
- Mark, G., & Smith, A. P. (2012a). Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety, Stress and Coping, 25*(1), 63-78. doi: 10.1080/10615806.2010.548088
- Mark, G., & Smith, A. P. (2012b). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology, 17*(3), 505-521. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x
- Marôco, J. (2010). Análise estatística com o PASW Statistics. Pêro Pinheiro: Report Number.

- Marques, S., Lemos, J., & Greenglass, E. (2004). *Proactive Coping Inventory (PCI), Portuguese Translation*. Acedido em 17 de Abril de 2013: <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/pdf/portuguese.pdf>
- Martinez, M.C., Latorre, M.R.D.O., Fischer, F.M. (2009). Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Revista de Saúde Pública*, 43(3):525-32.
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM®SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Martus, P., Jakob, O., Rose, U., Seibt, R., Freude, G. (2010). A comparative analysis of the Work Ability Index. *Occupational Medicine*, 60(7): 517-524. doi:10.1093/occmed/kqq093
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415. doi:10.1016/j.paid.2004.01.010
- Mazon, V., Carlotto, M. S., & Câmara, S. (2008). Síndrome de *Burnout* e estratégias de enfrentamento em professores. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* [online], 60(1), 55-66.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2008). The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 159-181). New York, NY: Guilford.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919–928. doi: 10.1037/0022-3514.46.4.919. Resumo acedido em 17 de Novembro de 2013 de <http://psycnet.apa.org/>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385-404. doi: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x. Resumo acedido em 10 de dezembro de 2013 de <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- McEwen, B. e Lasley, E.N. (2002). *The End of Stress as We Know It*. Washington, DC: Joseph Henry Press.
- McEwen, B. S., & Seeman, T. (1999). Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 30-47.
- Méda, D (1999). *O trabalho: Um valor em vias de extinção* (M. S. Pereira, Trad.). Lisboa: Fim de Século.
- Meichenbaum, D. (1993). Stress inoculation training: A 20-year update. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management (Second Edition)*. New York & London: Guilford Press.
- Meier, C., Bodenmann, G., Moergeli, H., Peter-Wight, M., Martin, M., Buechi, S., & Jenewein, J. (2012). Dyadic coping among couples with COPD: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(3), 243-254.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277.
- Miranda-Santos, A. (1988). A outra face possível do stress. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 235-237.
- Mitchell, M. (2009). *Complexity: A Guided tour*. New York, NY: Oxford University Press. Acedido em 31 de janeiro de 2014 de <http://books.google.pt/>
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1985). Stress and coping: Some current issues and controversies. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.) *Stress and coping: An anthology* (pp. 1-12). New York: Columbia University Press.
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., & Kristensen, T.S. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8(1): 18–29.
- Moos, R. H. (1984). Context and coping: toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 5-36.
- Mota Cardoso, R. (1996). *IPSSO - Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional: Filosofia e objetivos*. Manuscrito não publicado.
- Mota Cardoso, R. (1997). Macroscopia do Stress. *Psyche*, 3(1), 3-4.

- Mota Cardoso, R. (1998). A prevenção e o controlo do *stress* ocupacional. Comunicação apresentada na *Conferência Saúde e Segurança na Empresa*, Lisboa, 3-4 de Dezembro (não publicado).
- Mota Cardoso, R. (1999). O *stress*. Introdução. In R. Mota Cardoso (Org.), *O Stress na Profissão Docente: Como prevenir, como manejar* (pp. 9-26). Porto: Porto Editora.
- Mota Cardoso, R. (2001). Auto-regulação dos sistemas naturais. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2) 39-96. Acedido em 17 de dezembro de 2013 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28730203>
- Mota Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R.C., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O Stress Nos Professores Portugueses. Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Mota Cardoso, R., Veríssimo, R., Pais, A. B., Palhinhas, J., & Moura, L. (1988). Avaliação do meio, auto-conceito e mecanismos de coping: Determinações apriorísticas de traços psicopatológicos. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 239-265.
- Muhonen, T. & Torkelson, E. (2008). Collective and individualistic coping with stress at work. *Psychological Reports*, 102(2), 450-458. doi:10.2466/pr0.102.2.450-458
- Murphy, L. B. (1974). Coping, vulnerability, and resilience in childhood. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds.), *Coping and Adaptation* (pp. 69-100). New York: Basic Books.
- Nazli, A. (2012). "I'm healthy": Construction of health in disability. *Disability and Health Journal*, 5, 233-240. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.06.001>
- Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2005). Eustress and attitudes at work: a positive approach. In A.-S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.) *Research companion to organizational health psychology* (pp. 102-110). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2011). Savoring eustress while coping with distress: The holistic model of stress. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 55-74). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nelson, D., & Cooper, C. (2005). Stress and health: A positive direction. *Stress and Health*, 21(2), 73-75. doi: 10.1002/smi.1053
- Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235-251. doi:10.1207/s15327957pspr1003\_3. Resumo acedido em 10 de dezembro de 2013 de <http://psr.sagepub.com/>
- NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health (1997). Work-related musculoskeletal disorders and psychosocial factors. In NIOSH, *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors* (pp. 7 – 1-7 – 16). Cincinnati, OH: Autor. Acedido em 25 de Maio de 2013. URL: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/pdfs/97-141g.pdf>
- Nomura, K., Nakao, M., Sato, M., Ishikawa, H., & Yano, E. (2007). The association of the reporting of somatic symptoms with job stress and active coping among Japanese white-collar workers. *Journal of Occupational Health*, 49, 370-375.
- Novo, R. F. (2005). Bem-estar e psicologia: Conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20(2), 183-203.
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSQ questionnaire in Germany. *Psycho-Social-Medicine*, 3, 1-14.
- Nyberg, A., Holmberg, I., Berninb, P., Alderlinga, M., Åkerblomc, S., Widerszal-Bazyl, M., ...Theorell, T. (2011). Destructive managerial leadership and psychological well-being among employees in Swedish, Polish, and Italian hotels. *Work*, 39, 267–281. doi: 10.3233/WOR-2011-1175
- Pais Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(19), 491-502.
- Pais Ribeiro, J. L. & Rodrigues, AP (2004). Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.

- Papadopoulos, G., Georgiadou, P., Papazoglou, C., & Michaliou, K. (2010). Occupational and public health and safety in a changing work environment: An integrated approach for risk assessment and prevention. *Safety Science, 48*, 943–949. doi:10.1016/j.ssci.2009.11.002
- Pargament, K. I. (2011). Religion and coping: The current state of knowledge. In S. Folkman (Ed.), *The oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 269-288). New York: Oxford University Press.
- Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 3-23). New York: John Wiley.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(1), 2-21.
- Pearlin, L. I., Aneshensel, C. S., & Leblanc, A. J. (1997). The forms and mechanisms of stress proliferation: The case of AIDS caregivers. *Journal of Health and Social Behavior, 38*(3), 223-236.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(Suppl 3), 8-24.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment, 74*(1), 63-87. doi: 10.1207/S15327752JPA740105
- Perrewé, P. L., & Zellars, K. L. (1999). An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. *Journal of Organizational Behavior, 20*, 739-752.
- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping, and health*. Seattle/Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Pinheiro, F. A., Troccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de coping no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 19*(2), 153-158. doi: dx.doi.org/10.1590/S0102-37722003000200007
- Portello, J.Y. & Long, B.C. (2001). Appraisals and coping with workplace interpersonal stress: A model for women managers. *Journal of Counseling Psychology, 48*(2), 144-156.
- Premji, S., & Krause, N. (2010). Disparities by ethnicity, language, and immigrant status in occupational health experiences among Las Vegas hotel room cleaners. *American Journal of Industrial Medicine, 53*(10), 960-975. doi: 10.1002/ajim.20860
- Pretzer, J. L., Beck, A. T., & Newman, F. (1989). Stress and stress management: A cognitive view. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 3*(3), 163-179.
- Pretzer, J. L., Beck, A. T., Newman, F. (1989). Stress and stress management: A cognitive view. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 3*(3), 163-179.
- Quick, J. C., Quick, J. D., & Nelson, D. L., (2000). The theory of preventive stress management in organizations. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 246-267). Oxford: Oxford University Press.
- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L., Hurrell, Jr., J. J. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Radkiewicz, P. & Widerszal-Bazyl, M. (2005). Psychometric properties of Work Ability Index in the light of comparative survey study. *International Congress Series, 1280*, 304-309.
- Ramos, M. (1996). *Introdução ao existir psicoterapêutico*. Relatório de estágio curricular da licenciatura em psicologia, da F.P.C.E. da Universidade de Coimbra, realizado na Consulta de Psicoterapia Cognitivo-comportamental, do Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra (não publicado).
- Ramos, M. (1999). Compreender e avaliar. In R. Mota Cardoso (Org.), *O Stress na Profissão Docente: Como prevenir, como manejar* (pp. 27-50). Porto: Porto Editora.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stresse: Usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar.
- Ramos, M. (2008a). Stresse, coping e desenvolvimento: Questões conceptuais e dificuldades metodológicas. *Psychologica, 48*, 175-195.

- Ramos, M. (2008b). Análise das características psicométricas da versão portuguesa do *Working Alliance Inventory – Short Revised*. Dissertação de mestrado em psicologia clinica apresentada à Universidade do Minho (não publicada). URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8895>
- Ramos, M. (2012). Stresse organizacional. In A. L. Neves & R. F. Costa (Coord.) *Gestão de Recursos Humanos de A a Z* (pp. 587-590). Lisboa: Editora RH.
- Ramos, M., Sá-Couto, P., Pereira, A., & Silva, C. F. (2013). Análise da estrutura do *coping* em profissionais de trabalhos mentais. Comunicação apresentada no VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Aveiro 20-22 de Junho (não publicado).
- Rego, A. & Souto, S. (2004). Comprometimento organizacional em organizações autênticas: um estudo luso-brasileiro. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, 44(3), 30-43. Acedido em 31 de janeiro de 2014 de <http://redalyc.org/>
- Rego, A., & Cunha, M. P. (2008). Authentizotic climates and employee happiness: Pathways to individual performance? *Journal of Business Research*, 61(7), 739-752. doi: 10.1016/j.jbusres.2007.08.003
- Rego, A., & Pina e Cunha, M. (2012). They need to be different, they feel happier in authentizotic climates. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 701-727. doi: 10.1007/s10902-011-9287-1
- Rijo, D. B. (1999). Pensar os pensamentos. In R. Mota Cardoso (Org.), *O Stress na Profissão Docente: Como prevenir, como manejar* (pp. 67-98). Porto: Porto Editora.
- Robbins, S.P. (1998). *Organizational Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Roger, D., Jarvis, G. & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6), 619-626.
- Rogers, C.R. (1974). *Terapia centrada no cliente* (M.C. Ferreira, Trad.). Lisboa: Moraes Editores (obra original publicada 1951).
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.
- Rugulies, R., Aust, B., & Pejtersen, J. H. (2010). Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark? *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(Suppl 3): 42-50, doi:10.1177/1403494809346873
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Santos, M. C., Barros, L., & Carolino, E. (2010). Occupational stress and coping resources in physiotherapists: A survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physiotherapy*, 96(4), 303-310. doi: 10.1016/j.physio.2010.03.001
- Sapolsky, R.M. (2004). *Why Zebras Don't Get Ulcers (Third Edition)*. New York: Henry Holt.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1994). General and specific perceptions of social support. In W. R. Avison & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and mental health. Contemporary issues and prospects for the future* (pp. 151-177). New York: Plenum Press.
- Sauter, S., Brightwell, W., Colligan, M., Hurrell, J., Katz, T., LeGrande, D., ... Tetrick, L. E. (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health.
- Schaubroeck, J. (1999). Should the subjective be the objective? On studying mental processes, coping behavior, and actual exposures in organizational stress research. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 753-760.
- Scheck, C. L. & Kinicki, A. J. (2000). Identifying the antecedents of coping with an organizational acquisition: a structural assessment. *Journal of Organizational Behavior*, 21(6), 627-648. doi: 10.1002/1099-1379(200009)21:6<627::AID-JOB43>3.0.CO;2-D

- Scheuch, K. (1986). Theoretical and empirical considerations in the theory of stress from a psychophysiological point of view. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological and Social Perspectives* (pp. 117-139). New York: Plenum Press.
- Schreuder, J. A. H., Plat, N., Magerøy, N., Moen, B. E., van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W., Roelen, C. A. M. (2011). Self-rated coping styles and registered sickness absence among nurses working in hospital care: A prospective 1-year cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, *48*, 838–846. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.12.008
- Schreuder, J. A.H., Roelen, C. A.M., Groothoff, J. W., van der Klink, J. J.L., Magerøy, N., Pallesen, S., ..., & Moen, B. E. (2012). Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A comparative study. *Nursing Outlook*, *60*(1), 37-43. doi:10.1016/j.outlook.2011.05.005.
- Schwartz, J.E., Stone, A.A. (1993). Coping with daily work problems. Contributions of problem content, appraisals, and person factors. *Work & Stress*, *7*(1), 47-62. doi:10.1080/02678379308257049
- Schwarzer, R., & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. (pp.107-132). New York: John Wiley.
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Selye, H. (1978). *The Stress of Life (Revised Edition)*. New York: McGraw-Hill.
- Shimazu, A & Kosugi, S (2003). Job stressors, coping, and psychological distress among Japanese employees: interplay between active and non-active coping. *Work & Stress*, *17* (1), 38-51.
- Shimazu, A. & Schaufeli, A. B. (2007). Does distraction facilitate problem-focused coping with job stress? A 1 year longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, *30*, 423-434. doi: 10.1007/s10865-007-9109-4
- Shin, J., Taylor, M.S., & Seo, M.-G. (2012). Resources for change: The relationships of organizational inducements and psychological resilience to employees' attitudes and behaviors toward organizational change. *Academy of Management Journal*, *55*(3), 727-748. doi: 10.5465/amj.2010.0325. Resumo acedido em 12 de janeiro de 2014 de <http://amj.aom.org/>
- Sidle, A., Moos, R., Adams, J., & Cady, P. (1969). Development of a coping scale: A preliminary study. *Archives of General Psychiatry*, *20*(2), 226-232.
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Historical and current perspectives on stress and health, Volume 2* (pp. 261-291). Bingley, UK: Emerald/Elsevier.
- Siegrist, J., Falck, B., & Joksimovic, L. (2005). The effects of effort–reward imbalance at work on health. In A.-S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.) *Research companion to organizational health psychology* (pp. 430-440). Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Siegrist, J., Starkea, D., Chandolab, T., Godinc, I., Marmot, M., Niedhammerd, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, *58*, 1483–1499. doi:10.1016/S0277-9536(03)00351-4
- Silva, C. F. (Ed.) (2001). *Índice de Capacidade para o Trabalho – Portugal e países africanos de língua portuguesa*. Lisboa: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Silva, C. F. (Ed.) (no prelo,a). *Índice de Capacidade para o Trabalho – Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Lisboa: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Silva, C. F. (Ed.) (no prelo,b). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire, Versão portuguesa – Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Lisboa: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Silva, C., Pereira, A., Martins Pereira, A., Amaral, V., Vasconcelos, G., Rodrigues, V., ... Nossa, P. (2010a). Work Ability Index in Portuguese workers: The role of demographic factors. *International Journal*



- of Behavioral Medicine*, 17 (1) Abstracts book of the 11<sup>th</sup> Congress of Behavioral Medicine, Washington, DC, 220.
- Silva, C., Pereira, A., Martins Pereira, A., Amaral, V., Vasconcelos, G., Rodrigues, V., ... Nossa, P. (2010b). The Portuguese version of Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (1) Abstracts book of the 11<sup>th</sup> Congress of Behavioral Medicine, Washington, DC, 256.
- Siu, O., Cooper, C. L., Spector, P. E., & Donald, I. (2001). Age differences in coping and locus of control: A study of managerial stress in Hong Kong. *Psychological Aging*, 16(4), 707-710. Resumo acedido em 17 de janeiro de 2013 de <http://psycnet.apa.org/>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.
- Skinner, E., & Edge, K. (1998). Reflections on coping and development across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 357–366.
- Skodol, A. E. (1998). Personality and coping as stress-attenuating or –amplifying factors. In B. P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress, and psychopathology* (pp. 377-389). New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R. (Ed.) (1999). *Coping: The psychology of what works*. New York, NY: Oxford University Press.
- Snyder, C. R. (Ed.) (2001). *Coping with Stress: Effective People and Processes*. New York, NY: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., & Dinoff, B. L. (1999). Coping: Where have you been? In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 3-19). New York, NY: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., & Pulvers, K. M. (2001). Dr. Seuss, the Coping Machine, and “Oh the Places You’ll Go”. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping with Stress: Effective People and Processes* (pp. 3-29). New York, NY: Oxford University Press.
- Stanton, A. L. (2011). Regulating emotions during stressful experiences: The adaptive utility of coping through emotional approach. In S. Folkman (Ed.), *The oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 369-386). New York, NY: Oxford University Press.
- Stanton, A. L., & Franz, R. (1999). Focusing on emotion: An adaptive coping strategy? In C.R. Snyder (Ed.), *Coping: The Psychology of What Works* (pp. 90-118). New York: Oxford University Press.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150-1169. doi:10.1037/0022-3514.78.6.1150. Resumo acedido em 10 de Novembro de 2013 de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-07798-011>
- Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 892-906. Resumo acedido em 10 de Novembro de 2013: <http://psycnet.apa.org>
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64 (4), 711-735.
- Tabak, N., & Koprak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 321-331. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00665.x
- Tangri, R. (2003). *Stress costs, stress cures*. Disponível em URL: [www.Stress-Cures.com](http://www.Stress-Cures.com). [Acedido em 29 de Setembro de 2009]
- Tapp, J. T. (1985). Multisystems holistic model of health, stress and coping. In T. M. Field, P. M. McCabe & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and Coping* (pp. 285-304). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

- Tennen, H., & Affleck, G. (1999). Finding benefits in adversity. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 279-304). New York: Oxford University Press.
- Tetrick, L. E. (2002). Individual and organizational health. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Historical and current perspectives on stress and health, Volume 2* (pp. 117-141). Bingley, UK: Emerald/Elsevier.
- Thorsen, S. V., & Bjorner, J. B. (2010). Reliability of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(Suppl 3): 25–32. doi:10.1177/1403494809349859
- Torkelson, E. & Muhonen, T. (2004). The role of gender and job level in coping with occupational stress. *Work & Stress, 18*(3), 267-274. doi: 10.1080/02678370412331323915
- Tristão, N. A. A. F. (2009). Influência das práticas parentais nas estratégias de *coping* e de *savoring* utilizadas pelos adolescentes em contexto escolar. Dissertação de mestrado integrado em psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (não publicado).
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E., & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine, 51*(5), 318-324.
- Turner, R. J., & Roszell, P. (1994). Psychosocial resources and the stress process. In W. R. Avison & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (pp.179-209). New York: Plenum Press.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist, 55*(1), 89-98.
- Vaillant, G.E. (1995). *Adaptation to life*. Boston: Harvard University Press (Obra original publicada em 1977). Acedido em 1 de Maio de 2013: <http://books.google.pt/books?id=SQdVNojI00OC&hl=pt-PT>
- Vandenberg, R. J., Park, K.-O., DeJoy, D. M., Wilson, M. G., & Griffin-Blake, C. S. (2002). The healthy work organization model: Expanding the view of individual health and well being in the workplace. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Historical and current perspectives on stress and health, Volume 2* (pp. 57-115). Bingley, UK: Emerald/Elsevier.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica, 9*(4), 301-316.
- Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica, 20*(4), 279-308.
- Vaz Serra, A. (2011). *O stress na vida de todos os dias (3.ª edição, Revista e Aumentada)*. Coimbra: Edição do autor.
- Vaz Serra, A., Firmino, H., & Ramalheira, C. (1988). Estratégias de coping e auto-conceito. *Psiquiatria Clínica, 9*(4), 317-322.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research, 20*, 3–26.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology, 63*, 193-210.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress, 8*(2), 84-97. doi: 10.1080/02678379408259982
- Warr, P. (2011). Well-being outcomes. In J. J. Hurrell, Jr., L. Levi, L. R. Murphy, S. L. Sauter (Eds.), *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: International Labor Organization.
- Welbourne, J. L., Eggerth, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E., Sanchez, F. (2007). Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction. *Journal of Vocational Behavior, 70*: 312–325.
- White, R.W. (1974). Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg & J. E. Adams (Eds.), *Coping and Adaptation* (pp. 47-68). New York: Basic Books.
- WHO, World Health Organization (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: Autor. Acedido em 10 de Junho de 2013: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

- Williams, S. & Cooper, C. L. (1998). Measuring occupational stress: Development of the Pressure Management Indicator. *Journal of Occupational Health Psychology, 3*(4), 306-321.
- Wilson, M. G., Dejoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., & McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 77*(4), 565-588. doi: 10.1348/0963179042596522
- Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Peacock, E.J. (2006). A resource-congruence model of coping and the development of the Coping Schemas Inventory. In P.T.P. Wong & L.C.J. Wong (Eds.), *Handbook of Multicultural perspectives on stress and coping*. (pp.223-283). New York, NY: Springer.
- Wright, T. A., & Bonett, D. G. (1991). Growth coping, work satisfaction and turnover: A longitudinal study. *Journal of Business and Psychology, 6*(1), 133-145.
- Zedeck, S., & Mosier, K. L. (1990). Work in the family and employing organizations. *American Psychologist, 45*(2), 240-251.



## **Anexos**



## Questionário



Solicitamos a sua participação para esta pesquisa, a qual pretende estudar como é que as pessoas com elevada capacidade para o trabalho lidam com o stresse, e perceber que características psicossociais do trabalho melhor as ajudam nessa tarefa.

Esta participação é **voluntária**. As suas informações são absolutamente **confidenciais** e os questionários são totalmente **anónimos**, servindo apenas para efeitos de investigação científica.

Teremos muito gosto em gratificar a sua participação. Gostaríamos de lhe enviar por e-mail, uma vez concluída a investigação, um resumo dos resultados gerais. Para isso, solicitamos que nos indique esse desejo e o seu endereço electrónico, no fim deste protocolo. Aí encontrará também um espaço para deixar algum comentário, se o desejar.

Não existem respostas certas ou erradas. Responder a todo o protocolo tomar-lhe-á cerca de 15 minutos. Por favor, seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma pergunta por responder.

**A sua participação é muito importante**, pois os resultados deste estudo podem contribuir para melhorar a organização e o funcionamento do trabalho, de maneira a reduzir os efeitos do stresse na saúde e bem-estar de quem trabalha.

**Muito obrigado!**

Marco Ramos

marco.ramos@ua.pt

### Consentimento Informado

Dá o seu consentimento para a colaboração nesta investigação?

Sim

Não

Dados Gerais

SEXO

- Feminino..... 1
- Masculino..... 2

IDADE : \_\_\_\_\_ anos

ANOS DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL

- Solteiro(a)..... 1
- Casado(a)..... 2
- União de facto..... 3
- Viúvo..... 4
- Separado(a)..... 5
- Divorciado(a)..... 6

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

- Básico – 1º ciclo (4º ano)..... 1
- Básico – 2º ciclo (6º ano)..... 2
- Básico – 3º ciclo (9º ano)..... 3
- Secundário (12º ano)..... 4
- Médio..... 5
- Bacharelato..... 6
- Licenciatura..... 7
- Mestrado..... 8
- Doutoramento..... 9

PROFISSÃO:

Profissional da saúde

Outro

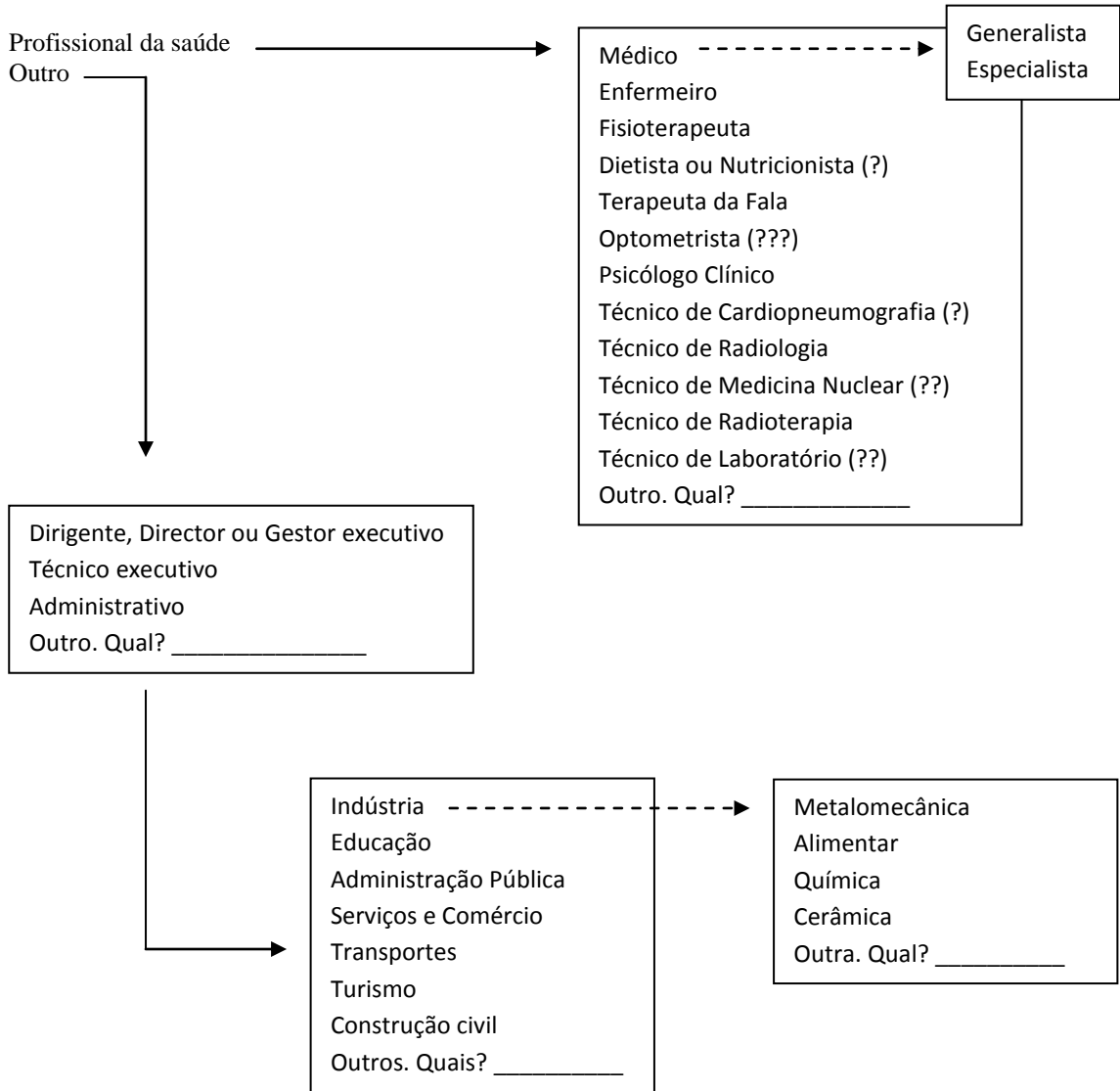
- Médico ----->
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta
- Dietista ou Nutricionista (?)
- Terapeuta da Fala
- Optometrista (???)
- Psicólogo Clínico
- Técnico de Cardiopneumografia (?)
- Técnico de Radiologia
- Técnico de Medicina Nuclear (??)
- Técnico de Radioterapia
- Técnico de Laboratório (??)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Generalista  
Especialista

- Dirigente, Director ou Gestor executivo
- Técnico executivo
- Administrativo
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

- Indústria ----->
- Educação
- Administração Pública
- Serviços e Comércio
- Transportes
- Turismo
- Construção civil
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

- Metalomecânica
- Alimentar
- Química
- Cerâmica
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_





## BRIEF COPE

(Carver, 1997. Versão Portuguesa: Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004.)

Cada uma das afirmações seguintes representa uma forma de lidar com o stresse. Pense especificamente no stresse relacionado com o seu trabalho, e indique (X) a frequência com que utiliza cada uma das estratégias mencionadas, de acordo com as seguintes alternativas de resposta:

**0- Nunca faço isto   1- Faço isto por vezes   2- Em média é isto que faço   3- Faço quase sempre isto**

	0	1	2	3
1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3. Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"				
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de maneira a torná-la mais positiva				
13. Faço críticas a mim próprio				
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém				
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras				
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				

24. Tento aprender a viver com a situação				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação				
26. Culpo-me pelo que está a acontecer				
27. Rezo ou medito				
28. Enfrento a situação com sentido de humor				

## ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

(FINNISH INSTITUTE OF OCCUPATIONAL HEALTH)  
(PORTUGAL E PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA)

**Instruções de preenchimento:** Por favor, preencha o questionário com atenção e **responda a todas as questões**. Para responder faça um círculo em redor do número da alternativa de resposta que melhor reflecte a sua opinião, ou escreva a resposta no espaço fornecido.

### AS PRINCIPAIS EXIGÊNCIAS DA SUA ACTIVIDADE DE TRABALHO SÃO:

Mentais.....1  
Físicas.....2  
Ambas, mentais e físicas..... 3

## ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

### 1. CAPACIDADE DE TRABALHO ACTUAL COMPARADA COM O SEU MELHOR

Assuma que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor de 10 pontos. Que pontuação dá à sua capacidade para o trabalho actual?

(0 significa a sua total incapacidade para o trabalho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Incapacidade total											Capacidade máxima

### 2. CAPACIDADE DE TRABALHO EM RELAÇÃO ÀS EXIGÊNCIAS DA ACTIVIDADE

Como avalia a sua actual capacidade para o trabalho relativamente às exigências **físicas**?

Muito boa.....	5
Boa.....	4
Moderada.....	3
Fraca.....	2
Muito fraca.....	1

Como avalia a sua actual capacidade para o trabalho relativamente às exigências **mentais**?

Muito boa.....	5
Boa.....	4
Moderada.....	3
Fraca.....	2
Muito fraca.....	1

### 3. DOENÇAS ACTUAIS

Na lista seguinte, assinale as suas doenças ou lesões. Indique também se foram **diagnosticadas ou tratadas** por um médico. Para cada doença, em caso afirmativo pode assinalar 2 ou 1, ou na ausência de doença, não assinale nenhuma alternativa.

Sim	
Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)

#### Lesão resultante de acidente

01 Coluna / costas.....	2	1
02 Membro superior / mão .....	2	1
03 Membro inferior / pé.....	2	1
04 Outras partes do corpo.		
Zona e tipo de lesão?.....	2	1

Sim	
Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)

#### Lesão Músculo - Esquelética

05 Perturbação na parte superior das costas / pescoço, com dor frequente.....	2	1
06 Perturbação na parte inferior das costas / coluna lombar, com dor frequente.....	2	1
07 Ciática, dor das costas para a perna.....	2	1
08 Perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos / pés), com dor frequente.....	2	1
09 Reumatismo, dor nas articulações .....	2	1
10 Outra perturbação musculo – esquelética. Qual?.....	2	1

#### Doença no Aparelho Circulatório

11 Hipertensão (tensão arterial alta).....	2	1
12 Doença coronária, fadiga, dor no peito (angina de peito).....	2	1
13 Trombose coronária, enfarte do miocárdio.....	2	1
14 Insuficiência cardíaca.....	2	1
15 Outra doença cardiovascular. Qual?.....	2	1

#### Doença Respiratória

16 Infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).....	2	1
17 Bronquite crónica.....	2	1
18 Sinusite / rinite crónica.....	2	1
19 Asma .....	2	1
20 Enfisema pulmonar .....	2	1
21 Tuberculose pulmonar.....	2	1
22 Outra doença respiratória. Qual?.....	2	1

	Sim	
	Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)
<b>Perturbação Mental</b>		
23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave).....	2	1
24 Perturbação mental ligeira (por ex: depressão ligeira, nervosismo, ansiedade, problemas de sono) .....	2	1
<b>Doença Neurológica e Sensorial</b>		
25 Doença ou lesão auditiva.....	2	1
26 Doença ou lesão dos olhos (não considere a miopia, astigmatismo,...).....	2	1
27 Doença do sistema nervoso (por exemplo, AVC ou trombose, nevralgia, enxaquecas, epilepsia).....	2	1
28 Outra doença do sistema nervoso ou dos órgãos dos sentidos. Qual? _____	2	1
<b>Doença Digestiva</b>		
29 Litíase (pedra) ou doença da vesícula...	2	1
30 Doença do fígado ou pâncreas.....	2	1
31 Úlcera gástrica ou duodenal.....	2	1
32 Desconforto / irritação gástrica ou duodenal.....	2	1
33 Irritação do cólon ou colite.....	2	1
34 Outra doença digestiva..... Qual? _____	2	1
<b>Doença Uro-Genital</b>		
35 Infecção urinária.....	2	1
36 Doença renal.....	2	1
37 Doença do aparelho reprodutor (por ex: infecção da próstata nos homens e dos ovários ou útero nas mulheres).....	2	1
38 Outra doença uro-genital .....		
Qual? _____	2	1

	Sim	
	Opinião própria (2)	Diagnóstico médico (1)
<b>Doença Dermatológica</b>		
39 Alergia / eczema.....	2	1
40 Outro tipo de irritação da pele Qual? _____	2	1
41 Outro tipo de doença da pele Qual? _____	2	1
<b>Tumor</b>		
42 Tumor benigno.....	2	1
43 Tumor maligno (cancro) Em que zona do corpo?..... _____	2	1
<b>Doença Endócrina e Metabólica</b>		
44 Obesidade.....	2	1
45 Diabetes.....	2	1
46 Bócio ou outra doença da tiróide.....	2	1
47 Outra doença hormonal ou metabólica. Qual? _____	2	1
<b>Doença no Sangue</b>		
48 Anemia.....	2	1
49 Outra doença no sangue. Qual?..... _____	2	1
<b>Deficiência congénita</b>		
50 Deficiência congénita..... Qual? _____	2	1
<b>Outro Problema ou Doença</b>		
51 Outro problema ou doença..... Qual? _____	2	1

#### 4. ESTIMATIVA DO GRAU DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO DEVIDO A DOENÇA(S)

Considera a sua doença ou lesão uma limitação para o seu trabalho actual?  
Assinale uma ou mais alternativas.

Não tenho limitações / não tenho nenhuma doença.....6

Sou capaz de realizar o meu trabalho, mas provoca-me alguns sintomas.....5

*Algumas vezes* tenho que abrandar o ritmo do meu trabalho ou alterar o modo de trabalhar.....4

*Frequentemente* tenho que abrandar o ritmo do meu trabalho ou alterar o modo de trabalhar.....3

Devido à minha doença, sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.....2

Na minha opinião, estou completamente incapaz para trabalhar.....1

#### 5. ABSENTISMO DURANTE O ÚLTIMO ANO

Quantos dias completos faltou ao trabalho devido a problemas de saúde (doença ou exames) durante o último ano (12 meses)?

Nenhum dia .....5

No máximo 9 dias.....4

10 - 24 dias.....3

25 - 99 dias.....2

100 - 365 dias.....1

#### 6. PROGNÓSTICO DA CAPACIDADE DE TRABALHO PARA DAQUI A DOIS ANOS

Considerando o seu presente estado de saúde, será capaz de realizar a sua actividade de trabalho actual daqui a dois anos?

Improvável.....1  
Talvez.....4  
Quase de certeza.....7

#### 7. RECURSOS PSICOLÓGICOS

Nos últimos tempos, tem conseguido apreciar as suas actividades habituais do dia a dia?

Sempre.....4  
Frequentemente.....3  
Algumas vezes.....2  
Raramente.....1  
Nunca.....0

Nos últimos tempos tem-se sentido activo?

Sempre.....4  
Frequentemente.....3  
Algumas vezes.....2  
Raramente.....1  
Nunca.....0

Nos últimos tempos tem-se sentido optimista em relação ao futuro?

Sempre.....4  
Frequentemente.....3  
Algumas vezes.....2  
Raramente.....1  
Nunca.....0

## COPSOQ II – Versão Média

(National Institute of Occupational Health, Denmark)

**1- Sempre    2- Frequentemente    3- Às vezes    4- Raramente    5- Nunca/ quase nunca**

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa fazer horas-extra?					
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?					
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?					
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?					
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?					
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?					
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
18. O seu trabalho apresenta objectivos claros?					
19. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exactamente o que é esperado de si?					
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o?					
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?					
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?					

26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?					
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?					

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?					
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					

**Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...**

36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38. É bom no planeamento do trabalho?					
39. É bom a resolver conflitos?					

As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?					
41. Os funcionários ocultam informação à gerência?					
42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?					
43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
45. A gerência oculta informação aos seus funcionários?					
46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?					

48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					
50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos.					

**1- Extremamente 2- Muito 3- Moderadamente 4- Um pouco 5- Nada/ quase nada**

51. O seu trabalho tem algum significado para si?					
52. Sente que o seu trabalho é importante?					
53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?					
54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?					
55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					

**Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...**

56. As suas perspectivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					
60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

	<b>Excelente</b>	<b>Muito boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Razoável</b>	<b>Deficitária</b>
61. Em geral, sente que a sua saúde é:					

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afecta a sua vida privada:

**1- Extremamente 2- Muito 3- Moderadamente 4- Um pouco 5- Nada/ quase nada**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?					

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...

**1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer					



novamente?					
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					
69. Irritado?					

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
70. Ansioso?					
71. Triste?					
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
75. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
76. Tem sido exposto a violência física?					

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
108. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					
109. Mesmo que as pessoas trabalhem contra mim, encontro sempre forma de atingir o que pretendo.					
110. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos.					
111. Sinto-me confiante em lidar com acontecimentos inesperados.					
112. Quando tenho um problema, usualmente tenho várias maneiras de lidar com o mesmo.					
113. Independentemente do que acontecer, costumo encontrar soluções para os meus problemas.					

Deseja receber um resumo dos resultados gerais desta investigação?

Indique-nos, por favor, um endereço electrónico para os podermos enviar para si:

---

Para terminar, deseja complementar as suas respostas com algum comentário, observação ou sugestão (sobre a investigação, o tema da mesma, o preenchimento do protocolo, etc.) que considere relevante para o nosso estudo? (use o espaço sombreado abaixo, por favor)

Tabela A.1. Resultados do ICT para os profissionais de saúde

	Médicos		Enfermeiros		Técnicos de saúde		Outros Profissionais	
	H (n=17)	M (n=38)	H (n=39)	M (n=72)	H (n=75)	M (n=312)	H (n=78)	M (n=278)
<b>ICT</b>								
M±DP	41.8±7.1	40.2±4.4	42.2±4.4	41.4±3.8	40.7±4.6	40.3±4.6	41.1±4.9	39.9±4.8
Mediana	<b>44.0**</b>	<b>41.0**</b>	43.0	42.0	41.0	41.0	<b>42.0**</b>	<b>40.5**</b>
AIQ	[40.0;46.5]	[39.0;43.0]	[40.0;45.0]	[39;44.0]	[39.0;44.0]	[37.0;44.0]	[38.8;45.0]	[37.0;43.0]
<b>ICT- Dim 1</b>								
M±DP	8.0±1.8	7.6±0.9	<b>8.3±1.6*</b>	<b>7.7±1.2*</b>	7.9±1.3	7.8±1.4	7.8±1.8	7.7±1.5
Mediana	8.0	8.0	<b>8.0**</b>	<b>8.0**</b>	8.0	8.0	8.0	8.0
AIQ	[7.0;9.0]	[7.0;8.0]	[8.0;9.0]	[7.0;8.0]	[7.0;9.0]	[7.0;9.0]	[7.0;9.0]	[7.0;9.0]
<b>ICT- Dim 2</b>								
M±DP	<b>9.0±1.4*</b>	<b>7.8±1.0*</b>	<b>8.2±1.1*</b>	<b>8.7±1.5*</b>	<b>8.4±1.2*</b>	<b>8.0±1.2*</b>	<b>8.2±1.3*</b>	<b>7.8±1.2*</b>
Mediana	<b>10.0**</b>	<b>8.0**</b>	<b>9.5**</b>	<b>8.0**</b>	<b>8.0**</b>	<b>7.0**</b>	<b>8.0**</b>	<b>8.0**</b>
AIQ	[8;10]	[6.9;8,5]	[8.0;10.0]	[8.0;9.0]	[8.0;9.5]	[7.0;8.5]	[8.0;9.0]	[7.0;8.5]
<b>ICT- Dim 3</b>								
M±DP	5.2±2.2	4.7±1.9	4.6±2.1	4.9±1.8	4.8±1.9	4.6±2.1	5.1±1.9	4.7±2.0
Mediana	7.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
AIQ	[3.0;7.0]	[4.0;7.0]	[3.0;7.0]	[4.0;7.0]	[4.0;7.0]	[3.0;7.0]	[4.0;7.0]	[3.0;7.0]
<b>ICT- Dim 4</b>								
M±DP	5.5±0.8	5.5±0.8	5.5±0.6	5.6±0.6	5.4±0.8	5.4±0.8	<b>5.6±0.6*</b>	<b>5.3±0.8*</b>
Mediana	6.0	6.0	5.0	8.0	6.0	6.0	<b>6.0**</b>	<b>5.0**</b>
AIQ	[5.0;6.0]	[5.0;6.0]	[5.0;6.0]	[8.0;9.0]	[5.0;6.0]	[5.0;6.0]	[5.0;6.0]	[5.0;6.0]
<b>ICT- Dim 5</b>								
M±DP	4.4±1.1	4.6±0.8	4.8±0.7	4.8±0.5	4.7±0.8	4.6±0.7	4.6±0.7	4.6±0.6
Mediana	5	5	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
AIQ	[4.0;5.0]	[4.0;5.0]	[5.0;5.0]	[5.0;5.0]	[5.0;5.0]	[4.0;5.0]	[4.0;5.0]	[4.0;5.0]
<b>ICT- Dim 6</b>								
M±DP	6.1±1.0	6.6±1.0	6.8±0.8	6.8±0.7	6.3±1.6	6.7±1.0	6.6±1.1	6.7±1.3
Mediana	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
AIQ	[5.5;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]
<b>ICT- Dim 7</b>								
M±DP	3.5±0.6	3.3±0.7	3.4±0.7	3.2±0.7	3.2±0.7	3.1±0.7	<b>3.3±0.7*</b>	<b>3.1±0.8*</b>
Mediana	4.0	4.0	<b>4.0**</b>	<b>3.0**</b>	3.0	3.0	3.0	3.0
AIQ	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]

*DIM 1: Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor; DIM 2: Capacidade de trabalho relativamente às exigências da ocupação; DIM 3: Número atual de doenças; DIM 4: Estimativa do grau de incapacidade motivada por doenças; DIM 5: Absentismo por doença no ano transato; DIM 6: Prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos; DIM 7: Recursos psicológicos*

*H: Homens; M: Mulheres*

*\* Teste t-student de amostras independentes: p-value<.05*

*\*\* Teste U de Mann-Whitney: p-value<.05*

Tabela A.2. Resultados do ICT para os não profissionais de saúde

	Dirigente		Técnico		Administrativo		Professores	
	H (n=269)	M (n=189)	H (n=355)	M (n=536)	H (n=94)	M (n=309)	H (n=81)	M (n=203)
<b>ICT</b>								
M±DP	<b>41.9±4.5*</b>	<b>40.8±4.8*</b>	41.2±4.8	40.7±4.5	<b>41.9±4.0*</b>	<b>39.3±4.9*</b>	<b>41.3±5.3*</b>	<b>39.8±5.2*</b>
Mediana	<b>43.0**</b>	<b>41.0**</b>	<b>45.0**</b>	<b>44.0**</b>	<b>42.0**</b>	<b>40.0**</b>	<b>42.0**</b>	<b>40.0**</b>
AIQ	[39.0;45.0]	[37.5;44.0]	[42.0;46.0]	[41.0;46.0]	[39.0;44.3]	[36.0;43.0]	[38.0;45.5]	[37.0;44.0]
<b>ICT- Dim 1</b>								
M±DP	8.0±1.2	8.0±1.3	7.9±1.5	7.8±1.4	<b>8.3±1.2*</b>	<b>7.9±1.5*</b>	7.7±1.7	7.7±1.5
Mediana	8.0	8.0	8.0	8.0	<b>8.0**</b>	<b>8.0**</b>	8.0	8.0
AIQ	[7.0;9.0]	[7.0;9.0]	[7.0;9.0]	[7.0;9.0]	[8.0;9.0]	[7.0;9.0]	[7.0;9.0]	[7.0;9.0]
<b>ICT- Dim 2</b>								
M±DP	<b>8.5±1.1*</b>	<b>8.3±1.2*</b>	8.3±1.2	8.2±1.2	<b>8.4±1.1*</b>	<b>8.1±1.2*</b>	8.3±1.5	8.0±1.3
Mediana	<b>8.5**</b>	<b>8.0**</b>	8.0	8.0	<b>8.5**</b>	<b>8.0**</b>	8.0	8.0
AIQ	[8.0;9.5]	[8.0;9.5]	[8.0;9.0]	[8.0;9.0]	[8.0;9.0]	[7.5;8.5]	[7.0;10.0]	[7.5;8.5]
<b>ICT- Dim 3</b>								
M±DP	<b>4.9±1.9*</b>	<b>4.3±2.2*</b>	<b>4.9±2.1*</b>	<b>4.5±2.1*</b>	<b>5.0±2.0*</b>	<b>3.9±2.1*</b>	<b>5.0±1.9*</b>	<b>4.2±2.1*</b>
Mediana	<b>5.0**</b>	<b>5.0**</b>	<b>5.0**</b>	<b>5.0**</b>	<b>5.0**</b>	<b>4.0**</b>	<b>5.0**</b>	<b>4.0**</b>
AIQ	[4.0;7.0]	[2.0;7.0]	[3.0;7.0]	[3.0;7.0]	[3.8;7.0]	[2.0;5.0]	[4.0;7.0]	[3.0;7.0]
<b>ICT- Dim 4</b>								
M±DP	5.6±0.8	5.5±0.8	<b>5.7±0.7*</b>	<b>5.5±0.8*</b>	<b>5.6±0.7*</b>	<b>5.3±0.8*</b>	<b>5.6±0.8*</b>	<b>5.4±0.8*</b>
Mediana	6.0	6.0	<b>6.0**</b>	<b>6.0**</b>	6.0	5.0	<b>6.0**</b>	<b>6.0**</b>
AIQ	[5.0;6.0]	[5.0;7.0]	[6.0;6.0]	[5.0;6.0]	[5.8;6.0]	[5.0;6.0]	[5.0;6.0]	[4.0;6.0]
<b>ICT- Dim 5</b>								
M±DP	<b>4.7±0.6*</b>	<b>4.5±0.8*</b>	4.7±0.7	4.6±0.7	<b>4.7±0.6*</b>	<b>4.5±0.8*</b>	4.7±0.6	4.7±0.8
Mediana	<b>5.0**</b>	<b>5.0**</b>	5.0	5.0	4.0	4.0	5.0	5.0
AIQ	[5.0;5.0]	[4.0;5.0]	[4.0;5.0]	[4.0;5.0]	[4.0;5.0]	[4.0;5.0]	[5.0;5.0]	[5.0;5.0]
<b>ICT- Dim 6</b>								
M±DP	6.5±1.5	6.7±1.0	<b>6.6±1.3*</b>	<b>6.8±1.0*</b>	6.5±1.5	6.5±1.4	6.7±1.2	6.6±1.2
Mediana	7.0	7.0	<b>7.0**</b>	<b>7.0**</b>	7.0	7.0	7.0	7.0
AIQ	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[6.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]	[7.0;7.0]
<b>ICT- Dim 7</b>								
M±DP	3.4±0.7	3.3±0.7	3.2±0.8	3.1±0.7	<b>3.3±0.7*</b>	<b>3.1±0.8*</b>	3.2±0.8	3.1±0.8
Mediana	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	4.0	4.0
AIQ	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]	[3.0;4.0]

*DIM 1: Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor; DIM 2: Capacidade de trabalho relativamente às exigências da ocupação; DIM 3: Número atual de doenças; DIM 4: Estimativa do grau de incapacidade motivada por doenças; DIM 5: Absentismo por doença no ano transato; DIM 6: Prognóstico da capacidade de trabalho a dois anos; DIM 7: Recursos psicológicos*

*H: Homens; M: Mulheres*

*\* Teste t-student de amostras independentes: p-value<.05*

*\*\* Teste U de Mann-Whitney: p-value<.05*

Tabela A.3. Valores médios do ICT em cada profissão

	ICT
	M±SD
Profissionais de saúde*	
Médicos (n=55)	40.7±5.3
Enfermeiros (n=111)	41.6±4.0
Técnicos de saúde (n=387)	40.4±4.6
Outros cuidadores (n=356)	40.2±4.8
Não profissionais de saúde**	
Dirigentes (n=458)	41.5±4.7
Técnicos executivos (n=891)	40.9±4.7
Administrativos (n=403)	39.9±4.8
Outros não cuidadores (n=15)	39.7±5.6
Professores (n=284)	40.2±5.3

\* ANOVA de um fator amostras independentes:  $p\text{-value}=0.03$  (Teste de homogeneidade é cumprido), Comparações múltiplas (método de Tukey): Há diferenças estatísticas apenas entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde ( $p\text{-value}=0.018$ ), sendo todos os outros grupos idênticos; Teste de Kruskal-Wallis:  $p\text{-value}=0.023$

\*\* ANOVA de um fator amostras independentes:  $p\text{-value}<0.001$  (Teste de homogeneidade é cumprido), Comparações múltiplas (método de Tukey): ver Tabela 5.18; Teste de Kruskal-Wallis:  $p\text{-value}<0.001$

Tabela A.4. ICT: comparações múltiplas

Outros Profissionais	Efeitos diferentes		
	1	2	3
Técnico executivo		40.9	40.9
Administ.	39.9		
Professor	40.2	40.2	
Dirigente/diret./gestor			41.5
p-value	0.837	0.121	0.375

Método de Tukey. Os valores apresentados na tabela representam médias

Tabela A.5. COPSQ: análise exploratória fatorial para profissionais de saúde

n=820; KMO=.908; % variância total=64.2%; $\alpha$ total (76 itens)=.89									
Dimensões	$\alpha$	Fatores							
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Escalas</b>									
<b>Exigências laborais</b>	<b>.680</b>								
Exigências quantitativas	.679			.766					
Ritmo de trabalho	n.a.			.709					
Exigências cognitivas	.621				.802				
Exigências emocionais	n.a.				.741				
<b>Org. e conteúdo do trabalho</b>	<b>.832</b>								
Influência no trabalho	.766	.380			.314				-.378
Possib. desenvolvimento	.756	.346			.634				
Significado do trabalho	.834					.762			
Compromisso com trabalho	.562					.797			
<b>Relações sociais e liderança</b>	<b>.890</b>								
Previsibilidade	.737	.704							
Recompensas (reconhec.)	.888	.737							
Clareza do papel	.843	.498			.388				
Conflitos de papel	.646			.460				.351	
Qualidade da liderança	.922	.774							
Apoio social de superiores	.898	.687					.336		
Apoio social de colegas	.788						.870		
<b>Interface trab.-indivíduo</b>	<b>.637*</b>								
Insegurança no trabalho	n.a.								.807
Satisfação no trabalho	.819	.596				.439			
Conflito Trabalho/Família	.840		.361	.676					
<b>Valores no trabalho</b>	<b>.888+</b>								
Confiança nos superiores	.676	.735						-.345	
Confiança nos colegas	.812							.580	
Justiça	.816	.735							
Comunidade social trab.	.885	.363					.657	-.331	
<b>Personalidade</b>	<b>.743</b>								
Autoeficácia	.743	.495							
<b>Saúde e bem-estar</b>	<b>.892-</b>								
Saúde geral	n.a.		-.559						.331
Stresse	.823		.760						
<i>Burnout</i>	.842		.734	.329					
Problemas em dormir	.797		.737						
Sintomas depressivos	.811		.739						
<b>Comport. ofensivos</b>	<b>.673</b>								
<i>Bullying</i>	.673							0.737	
Valores próprios	n.a.	8.206	3.127	1.584	1.417	1.220	1.110	1.060	0.890
% variância explicada	n.a.	28.30	10.78	5.47	4.89	4.21	3.83	3.65	3.08

n.a.: não aplicável

\* Após remoção do item 60 (antes:  $\alpha$ =.524)

+ Após inversão dos itens 40 e 41 e manutenção do 42 (antes:  $\alpha$ =.636)

- Após remoção do item 61 (antes:  $\alpha$ =.838)

Tabela A.6. COPSQ: análise exploratória fatorial para não profissionais de saúde

n=1848; KMO=.910; % variância total=66.0%; $\alpha$ total (76 itens)=.91									
Dimensões	$\alpha$	Fatores							
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Escalas</b>									
<b>Exigências laborais</b>	<b>.764</b>								
Exigências quantitativas	.754				.827				
Ritmo de trabalho	n.a.				.772				
Exigências cognitivas	.680			.773					
Exigências emocionais	n.a.			.683					
<b>Org. e conteúdo do trabalho</b>	<b>.873</b>								
Influência no trabalho	.790	.411		.579					
Possib. desenvolvimento	.807	.324		.748					
Significado do trabalho	.874	.409		.481					.459
Compromisso com trabalho	.682	.320		.405					.538
<b>Relações sociais e liderança</b>	<b>.906</b>								
Previsibilidade	.752	.709							
Recompensas (reconhec.)	.884	.764							
Clareza do papel	.865	.611		.334					
Conflitos de papel	.681						.723		
Qualidade da liderança	.922	.797							
Apoio social de superiores	.903	.610				.470			
Apoio social de colegas	.769					.814			
<b>Interface trab.-indivíduo</b>	<b>.609*</b>								
Insegurança no trabalho	n.a.								.667
Satisfação no trabalho	.837	.579							
Conflito Trabalho/Família	.878		.402		.626				
<b>Valores no trabalho</b>	<b>.896+</b>								
Confiança nos superiores	.721	.771							
Confiança nos colegas	.813					-.463	.600		
Justiça	.832	.817							
Comunidade social trab.	.898	.462				.617			
<b>Personalidade</b>	<b>.739</b>								
Autoeficácia	.739	.546							
<b>Saúde e bem-estar</b>	<b>.894-</b>								
Saúde geral	n.a.		-.503						
Stresse	.798		.807						
<i>Burnout</i>	.824		.813						
Problemas em dormir	.798		.704						
Sintomas depressivos	.815		.794						
<b>Comport. ofensivos</b>	<b>.795</b>								
<i>Bullying</i>	.795							.805	
Valores próprios	n.a.	7.919	3.934	1.878	1.226	1.147	1.083	1.044	0.919
% variância explicada	n.a.	27.31	13.57	6.48	4.23	3.96	3.74	3.60	3.16

n.a.: não aplicável

\* Após remoção do item 60 (antes:  $\alpha$ =.610)+ Após inversão dos itens 40 e 41 e manutenção do 42 (antes:  $\alpha$ =.701)- Após remoção do item 61 (antes:  $\alpha$ =.839)

Tabela A.7. Análise fatorial exploratória do Brief COPE para profissionais de saúde

Itens	n=909; KMO=.767; % variância total=66.29%								
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8	Fator 9
1								0.892	
2		-.553							
3									
4				.940					
5	.812								
6		.617							
7		-.644							
8									
9									
10	.840								
11				.930					
12		-.424	.476						
13									
14		-.650							
15	.833								
16		.607							
17		-.312	.515						
18			.880						
19									
20								0.784	
21									
22									
23	.801								
24									
25		-.468							
26			-.335						
27									
28			.860						
Valor-próprio	4.66	3.46	2.33	1.72	1.63	1.30	1.28	1.15	1.03
% variância	16.64	12.36	8.31	6.14	5.84	4.63	4.59	4.11	3.68
$\alpha$	.844	.642	.610	.821	.880	.594	.809	.639	.574



Tabela A.8. Análise fatorial exploratória do Brief COPE para não profissionais de saúde

Itens	<i>n</i> =2051; KMO=.779; % variância total=65.00%								
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8	Fator 9
1									0.872
2				.579					
3		.738							
4						.920			
5	.772								
6		.469							
7				.696					
8		.812							
9								.883	
10	.794								
11						.914			
12				.649					
13		.354		.441					
14				.765					
15	.786								
16		.463							
17			.383	.471					
18			.767						
19									.760
20							-.854		
21								.850	
22					-.934				
23	.800								
24							-.729		
25				.595					
26		.335	-.519						
27					-.939				
28			.759						
Valor-próprio	4.84	3.37	1.97	1.69	1.62	1.37	1.22	1.10	1.02
% variância	17.27	12.05	7.04	6.03	5.78	4.89	4.36	3.94	3.64
$\alpha$	.811	.645	.507	.767	.887	.806	.645	.809	.614

