

Projeto de Diagnóstico de Saúde Psicológica  
e Proposta de Intervenção numa  
Entidade do Sector Público

**Salete Rodrigues Pereira**

Projeto de Mestrado em  
Gestão de Recursos Humanos

Orientador(a):

Prof. Doutora Sílvia Agostinho da Silva, Professora Associada, ISCTE-IUL Business School,  
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

ISCTE – IUL – Business School

Outubro de 2012

- Lombada -

## Resumo

O presente trabalho consiste na realização de um diagnóstico no âmbito da saúde mental psicológica dos trabalhadores de uma entidade do sector público. O diagnóstico é uma fase fundamental para a elaboração de linhas orientadoras a qualquer programa de intervenção em gestão de stress ocupacional e na promoção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

Dos resultados do diagnóstico, obteve-se, por um lado, informação acerca do nível de gravidade de depressão, ansiedade e stress. Estas dimensões de sintomatologia variavam entre o estado “normal”, “ligeiro”, “moderado”, “grave e “muito grave”. Por outro lado, apuraram-se níveis de exigências do trabalho, o controlo sobre o mesmo, assim como os recursos existentes. Optou-se ainda por analisar os níveis de conflito entre o trabalho e a família, assim como entre a família e o trabalho que pudessem influir no bem-estar do trabalhador.

De uma forma geral, os resultados apontam para uma organização maioritariamente saudável, no entanto, foram identificados alguns casos com níveis de gravidade severos em qualquer uma das três dimensões da sintomatologia estudada. Relativamente às outras dimensões analisadas percebemos que os trabalhadores apresentam elevados níveis de autoeficácia e que não se diagnosticam conflitos família-trabalho. Por outro lado, os conflitos trabalho-família surgem de forma mais evidente. Conclui-se também que os trabalhadores não possuem elevados níveis de controlo sobre o trabalho que realizam. Foram ainda realizadas análises comparativas com o objetivo de identificar grupos prioritários para a intervenção. O projeto termina com a apresentação de prioridades de intervenção e estratégias a adotar.

**Palavras-chave:** bem estar e saúde psicológica; diagnóstico; stress ocupacional; intervenção.

**Códigos de classificação (JEL):** I19 – Saúde Outros; H83 – Administração Pública

## **Abstract**

This study consists of a diagnosis of the psychological mental health of workers from a public sector entity. The diagnosis is a fundamental phase for the development of guiding lines for any intervention programme in managing occupational stress and the promotion of health and the well-being of the workers. The outcomes of the diagnosis included, on one hand, information about the severity level of depression, anxiety and stress. These symptomatology ranged between “normal”, “mild”, “moderate”, “severe” and “extremely severe”. On the other hand, it was also analysed the levels in work/job demands, its control (control over the workers), as well as the existing resources. Moreover, it was also analysed the levels of work-family conflict, as well as between family and work, which could contribute positively for the worker’s well-being.

Generally, the results reveal a healthy organization, however, some cases were identified with severe levels of the three symptomatology dimensions studied. Regarding the other variables analysed the results show that the workers present high levels of self-efficacy and that there aren’t found family-work conflicts. On the other hand, work-family conflicts appear more manifestly. It was, also, possible to conclude that the workers do not possess high levels of control over the work they perform. Furthermore, there were made comparative analysis with the purpose of identifying priority groups for intervention. The study is concluded with the identification of priorities for intervention and strategies to follow.

**Key words:** well-being and psychological health; diagnosis; occupational stress; intervention.

**Classification Codes (JEL):** I19 – Health Other; H83 – Public Administration

## **Agradecimentos**

Este trabalho foi para mim um desafio e não teria sido concluído sem o contributo de pessoas que não posso deixar de aqui referir.

Agradeço em primeiro lugar à minha orientadora, Prof. Doutora Sílvia Silva, pelo incentivo e motivação que imprimiu em alturas de maior desânimo e que foram fundamentais para levar a bom porto este projeto.

À minha filha mais velha, Bárbara, agradeço a compreensão que demonstrou pelo facto de não lhe ter dedicado, nos últimos meses todo o tempo e atenção a que tem direito e também pelo entusiasmo com que na fase de introdução de dados, insistiu em participar, assim como a Bianca, minha sobrinha.

Ao meu filho Lourenço, que me acompanhou de muito perto neste percurso, por me ter proporcionado uma gravidez serena e noites tranquilas, dentro do possível...

Ao meu marido Carlos, pela compreensão e disponibilidade permanente para a gestão nem sempre fácil dos nossos dias.

Aos meus pais, Conceição e Anacleto, pela ajuda e apoio incondicional, pela educação e valores que me transmitiram, pela confiança que sempre tiveram em mim e pelos fins-de-semana que me “substituíram” como mãe, assim como os meus sogros. A eles, muito obrigada.

A todos os meus colegas que participaram no estudo, assim como às minhas chefias, nos recursos humanos, por terem colaborado e incentivado a realização de um projeto nesta área.

A todas as outras pessoas que me ajudaram, numa ou noutra fase, e que merecem a minha palavra de agradecimento, entre os quais, Palhóco, Carla e Amélia, pelo seu tempo e pela atenção que me dispensaram.

# Índice

Resumo.....	III
Abstract .....	IV
Agradecimentos.....	V
Índice de Tabelas.....	VIII
Índice de Gráficos .....	VIII
Índice de Figuras .....	VIII
1. Introdução.....	1
1.1 Problema e Objetivo Geral do Projeto.....	1
1.2 Contributos para a compreensão da saúde psicológica .....	1
1.2.1 Modelo das Características do Trabalho .....	3
1.2.2 Modelo das Exigências vs Controlo.....	4
1.2.3 Modelo Exigências-Recursos do Trabalho .....	5
1.3 Prevenção e Intervenção .....	6
1.4 Objetivos Específicos do Projeto.....	11
2 Diagnóstico.....	11
2.1 Instrumentos .....	12
2.1.1 Sintomatologia .....	12
2.1.2 Exigências, Controlo e Recursos do Trabalho .....	13
2.2 Procedimento .....	14
2.3 Caracterização da Amostra.....	14
3 Resultados .....	15
3.1 Níveis de gravidade da sintomatologia (depressão, ansiedade e stress).....	15
3.2 Níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos .....	16
3.3 Relações entre a sintomatologia e os níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos no trabalho.....	17

3.4	Comparação de grupos em função dos níveis de gravidade da sintomatologia; .....	18
3.4.1	Diferenças entre Departamentos quanto à Sintomatologia .....	18
3.4.2	Diferenças entre Divisões quanto à Sintomatologia .....	20
3.4.3	Diferenças entre tipos de Vínculo quanto à Sintomatologia .....	20
3.5	Comparação de grupos em função dos níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos no trabalho.....	21
3.5.1	Diferenças entre Categorias Profissionais.....	21
3.6	Identificar prioridades de intervenção e identificar estratégias de prevenção.....	22
4	Conclusões .....	24
	Referências Bibliográficas .....	26
	ANEXO A.....	28
	ANEXO B .....	30

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1: Níveis de Gravidade da Escala DASS (Fonte: <a href="http://www.acpmh.unimelb.edu.au">www.acpmh.unimelb.edu.au</a> ).....	12
Tabela 2: Fontes originais das escalas de exigência, controlo, suporte social e auto-eficácia, adaptado de Pinto, 2009).....	13
Tabela 3: Antiguidade na organização .....	15
Tabela 4: Percentagem de trabalhadores com níveis de sintomatologia ligeira a moderada e grave a muito grave .....	16
Tabela 5: Médias da Sintomatologia face ao Vínculo Laboral .....	21
Tabela 6: Médias das Exigências, Controlo, Recursos e Conflitos face à Categoria Profissional.....	22
Tabela 7: Síntese das prioridades e estratégias propostas para a intervenção.....	24

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1: Percentagem dos níveis de gravidade da sintomatologia.....	16
Gráfico 2: Médias dos níveis de exigências, controlo, recursos e conflitos.....	17
Gráfico 3: Valores médios da Sintomatologia nos vários Departamentos.....	19
Gráfico 4: Comparação de Médias entre as Divisões do DS e do DOU .....	20

## **Índice de Figuras**

Figura 1: Modelo das Exigências do Trabalho vs Controlo, adaptado de Karasek, 1979.....	4
Figura 2: Modelo das Exigências-Recursos do trabalho, adaptado de Bakker e Demerouti (2007) .....	5
Figura 3: Prevenção do Stress, adaptado de Quick et al. (1997), retirado de Ramos (2001).....	9



# **1. Introdução**

## **1.1 Problema e Objetivo Geral do Projeto**

Este projeto baseou-se na solicitação por parte do Departamento de Recursos Humanos da autarquia onde havia iniciado funções, da criação de um programa de acompanhamento ao trabalhador. Os dirigentes daquele departamento, estavam preocupados com casos de doença do foro psicológico entre os trabalhadores daquela câmara municipal. Conscientes das consequências nefastas quer para as pessoas como para a própria organização, consideraram que seria importante e vantajoso avaliar e compreender o problema para apostar numa intervenção a este nível.

Perante esta necessidade foi elaborada uma proposta que visava, primeiro, avaliar o “estado de saúde” da organização em causa e, segundo, propor linhas orientadoras de um programa de intervenção de modo a promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida no trabalho. Desta forma, o objetivo geral deste trabalho consiste em definir estratégias de intervenção suportadas nos resultados do diagnóstico realizado à organização, com base nos níveis de sintomatologia (depressão, ansiedade e stress), assim como na análise dos recursos e exigências do trabalho e em indicadores como os conflitos trabalho-família e família-trabalho.

Este trabalho é composto por uma breve revisão de literatura sobre os modelos e contributos para a compreensão da saúde mental psicológica dos trabalhadores, assim como de modelos de intervenção e prevenção de stress em contexto organizacional. Definidos os objetivos específicos, é descrito o diagnóstico realizado e os resultados apurados. O trabalho culmina na síntese de estratégias orientadoras para a prevenção e intervenção a nível individual e organizacional.

## **1.2 Contributos para a compreensão da saúde psicológica**

A saúde psicológica tem merecido cada vez mais a atenção de todos os intervenientes organizacionais. Este crescente interesse está relacionado com os elevados custos que se têm registado em organizações onde se verificam perturbações no bem-estar e saúde dos trabalhadores. A ansiedade, a depressão e o stress laboral ao qual poderão estar associadas, são cada vez mais apontadas como responsáveis por este fenómeno.

Apesar da elevada utilização do termo “*stress*” nas mais diversas situações da vida, importa esclarecer e clarificar este conceito. Stress é uma palavra inglesa que significa pressão, de

uma forma geral. Ao nível orgânico e psíquico, é entendido segundo o dicionário de psicologia (Dorsch *et al.*, 2001), como qualquer carga que se vivencia como pressão. O conceito usa-se cada vez mais para caracterizar pressões extremas a que o homem de hoje está exposto como por exemplo, nervosismo, exaustão e angústia.

Segundo Selye, o stress consiste numa síndrome geral de adaptação, enquanto expressão de um conjunto de sinais de um organismo que se esforça totalmente para se adaptar. Este autor (citado por Ramos, 2001) não o considera necessariamente negativo e diferencia dois tipos de stress, distingue *distress* como o stress desagradável e que provoca a doença, e *eustress* como a alternativa com consequências agradáveis e curativas ().

Diversos autores se interessaram em explorar o impacto psicológico do stress no indivíduo assim como a sua capacidade para alterar este estado de desequilíbrio. Um outro autor de referência nesta área, Lazarus, entende como stress, não só os fatores gravosos da situação, como as reações contra elas, ou seja, as estratégias de *coping*, resultado das perceções e cognições do sujeito (citado por Chambel, 2005).

Devido às consequências negativas que provoca, o stress laboral tem vindo a merecer destaque entre a comunidade científica. A nível individual, existe evidência teórica e empírica de que o stress em contexto de trabalho leva a alterações fisiológicas, emocionais e comportamentais com consequências ao nível do bem-estar e da saúde do trabalhador (Chambel, 2005). Segundo esta autora, existe um conjunto de fatores de ordem organizacional que potenciam o desenvolvimento de stress entre os colaboradores, ainda que se saiba que estes mesmos fatores possam afetar de diferentes formas, diferentes trabalhadores. Para controlar ou evitar situações de stress no contexto de trabalho é necessário implementar medidas que foquem de forma integrada o indivíduo, o grupo e a organização.

Caetano e Silva (2011) com base em resultados de diversas pesquisas, apontam como principais preditores de stress no trabalho: as condições objetivas e ritmo de trabalho; a ambiguidade e conflitos de papel; as políticas e práticas de gestão de recursos humanos; os ciclos de trabalho temporais; as relações interpessoais e liderança inadequadas; o conteúdo do trabalho e a falta de controlo sobre o próprio trabalho realizado. Segundo os autores, a forçada falta de atividade profissional por motivos de desemprego pode afetar negativamente o bem-estar dos indivíduos, assim como o excesso de trabalho e o conflito trabalho-família.

Mais especificamente em relação a este tipo de conflito, Tavares, Caetano e Silva (2007) sugeriram que o trabalho pode também influenciar a esfera familiar, com consequências

relacionadas com o aumento de sintomas de *burnout* e de quadros depressivos. Assim o conflito trabalho-família e família-trabalho podem também juntar-se ao conjunto de aspetos influentes da saúde e do bem-estar no trabalho. Segundo Chambel (2005) a gestão que os indivíduos fazem da sua vida familiar e da sua vida em contexto de trabalho podem refletir-se de três formas: um dos campos prejudica o outro; as experiências positivas vividas num dos contextos compensam as más experiências do outro e/ou, o indivíduo mantém os dois sectores de forma independente. Pois como se sabe existe um efeito negativo do conflito, entre o trabalho e a família, na satisfação dos indivíduos.

Globalmente, do ponto de vista das consequências dos efeitos do trabalho, destacam-se a nível individual, alterações fisiológicas, emocionais e comportamentais que conduzem à diminuição da saúde e do bem-estar das pessoas (Chambel, 2005). Ao nível organizacional, traduzem-se em custos que derivam não só do absentismo e da falta de assiduidade; *turnover*; baixas e custos de saúde; maior probabilidade de ocorrência de acidentes de trabalho; indemnizações e compensações (custos diretos) mas também menor rendimento e produtividade; menor satisfação profissional; menor qualidade dos serviços; erros na tomada de decisões; *burnout*; mau relacionamento interpessoal e, oportunidades de negócio perdidas (custos indiretos). Não será portanto inconsciente afirmar-se que a falta de saúde e bem-estar no trabalho poderá colocar em causa o equilíbrio, a vitalidade, o sucesso e até a própria sobrevivência das organizações (Ramos, 2001).

Se os primeiros sinais de stress forem identificados precocemente, será mais fácil a intervenção e minimização do impacto dos mesmos. Alguns dos principais sintomas são ansiedade, aumento da insatisfação no trabalho, dor de cabeça, mau humor e raiva (Ongori e Agolla, 2008).

Com base na evidência da relação entre os efeitos do trabalho e a produtividade laboral, têm surgido ao longo do tempo diversos modelos dos quais se salientam o Modelo das Características do Trabalho, o Modelo das Exigências vs. Controlo e o Modelo das Exigências e Recursos do Trabalho.

### ***1.2.1 Modelo das Características do Trabalho***

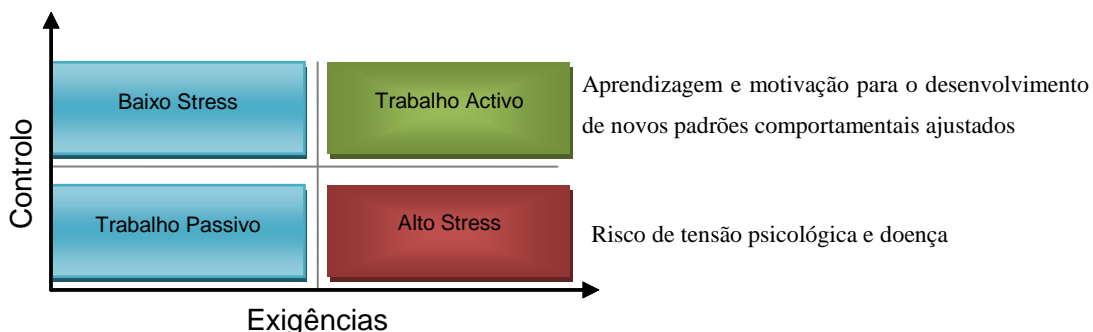
Um modelo largamente referido na literatura é o modelo das características do trabalho, desenvolvido por Hackman e Oldham em 1975. Segundo estes (citados por Caetano e Silva, 2011; Alcobia, 2001; Hackman, 1980), existem cinco características básicas do trabalho: variedade; identidade das tarefas; significado das tarefas; autonomia e feedback que

contribuem para a motivação e satisfação do trabalhador. Como consequência, estas características poderão resultar em três estados psicológicos críticos: significado do trabalho, responsabilidade pessoal e conhecimento dos resultados. Ou seja, a variedade, a identidade e significado da tarefa são fatores que contribuem para o significado que o indivíduo atribui ao seu trabalho. A autonomia influencia os níveis de responsabilidade sentida pelo trabalho que desenvolve e o feedback permite, naturalmente, o conhecimento acerca dos resultados da tarefa. Assim, o índice do potencial motivador do trabalho será tanto mais elevado quanto mais se verificar cada uma das cinco dimensões. Por sua vez, quanto mais elevado for este valor, maior é a motivação e satisfação no trabalho, contribuindo desta forma para o bem-estar e qualidade de vida do trabalhador.

### 1.2.2 Modelo das Exigências vs Controlo

Karasek (1979) também deu o seu contributo para aumentar o entendimento sobre o stress no trabalho através do modelo das exigências vs controlo. As premissas básicas deste modelo são (1) as exigências do trabalho combinadas com um baixo controlo por parte do indivíduo, contribuem para aumentar o risco de tensão psicológica e doença física. (2) Se o nível de exigências é elevado, mas o controlo e a latitude de decisão também, então, o resultado será o oposto, ou seja, resulta em aprendizagem e motivação para desenvolver novos padrões comportamentais ajustados. Adicionalmente, também demonstra que trabalhos de natureza mais passiva, em que existe baixa exigência mas também baixo controlo, isto é, por exemplo na ausência de autonomia perante tarefas repetitivas e simples, os indivíduos também experimentarão efeitos negativos.

A Figura 1 ilustra de forma simples o modelo das Exigências vs Controlo.



**Figura 1: Modelo das Exigências do Trabalho vs Controlo, adaptado de Karasek, 1979**

No entanto, as consequências para a saúde ou doença dos indivíduos não dependem de igual forma dos diferentes fatores que os afetam. Ou seja, a relação entre as características do

trabalho e o bem-estar do trabalhador nem sempre é linear. Diferentes tipos de exigências no trabalho são, em combinação com o controlo, importantes preditores quer em resultados positivos (satisfação e desafio no trabalho) como em negativos (exaustão emocional e complicações psicossomáticas) (De Jonge, *et al.*, 2000).

### 1.2.3 Modelo Exigências-Recursos do Trabalho

Um modelo mais atual (Bakker e Demerouti, 2007) vem defender que nem todas as posições profissionais têm as mesmas variáveis predictoras de stress. Deste modo, engloba muitas das possíveis condições de trabalho e não se concentrando apenas nos indicadores negativos, mas também, nos positivos ao nível do bem-estar dos trabalhadores. Tal como a denominação do próprio modelo sugere, são as exigências associadas ao contexto de trabalho e os recursos existentes no mesmo, que influenciam o bem-estar do trabalhador. Os autores identificam ainda, ao nível das exigências, os aspetos mentais, emocionais, físicos, etc.

Do ponto de vista dos recursos, são apontados entre outros, o suporte social, a autonomia e o feedback. Estes contribuem para a satisfação de necessidades motivacionais intrínsecas tais como as de pertença, autonomia, competência, crescimento e desenvolvimento dos indivíduos.

O modelo é explicado pelos autores através do esquema que se apresenta na Figura 2.

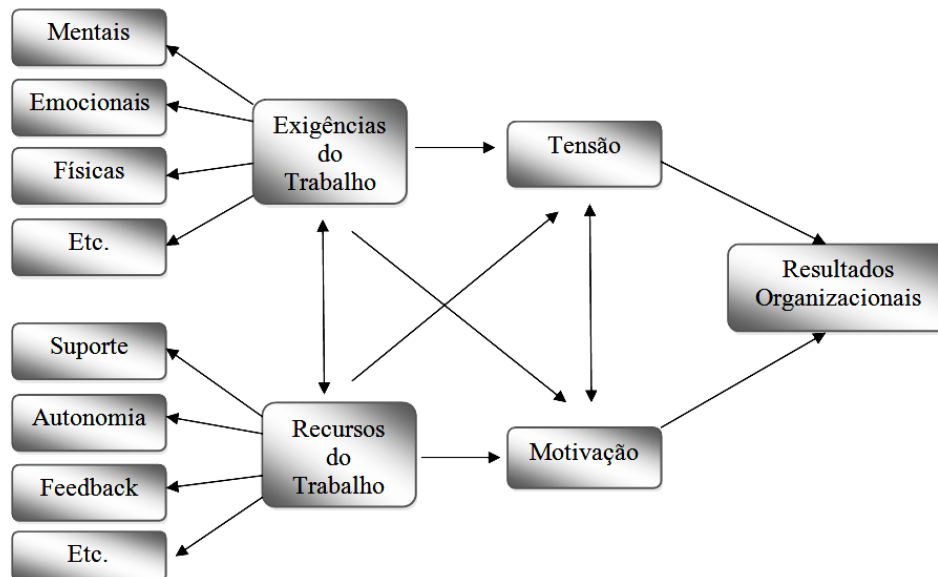


Figura 2: Modelo das Exigências-Recursos do trabalho, adaptado de Bakker e Demerouti (2007)

Segundo Haines, *et al.* (1991) o efeito do stress, causado pela sobrecarga de trabalho e pelo conflito, depende fortemente do nível de suporte social. Também Chambel (2005: 112) refere

que “*as situações de maior strain ocorrem quando há elevadas exigências, baixo controlo e pouco suporte social*”. Quando uma pessoa se encontra numa situação de stress pode ser apoiada pelos outros, porque ou eles conhecem a situação ou ela própria o solicita. No entanto, é a perceção de suporte social que mais intimamente se relaciona com os resultados de ajustamento e saúde. O suporte social é uma combinação das propriedades objetivas das interações de suporte com as avaliações subjetivas realizadas pela pessoa que as recebe. Assim, quando se conjugam perceções positivas de suporte social com boas relações interpessoais, o suporte social revela-se um poderoso recurso na atenuação dos efeitos negativos do stress (Ramos, 2001).

### **1.3 Prevenção e Intervenção**

A saúde e a segurança no trabalho são essenciais não só para o bem-estar das pessoas como também são economicamente importantes para as organizações e a sociedade em geral. Estudos sugerem que 50% a 60% dos dias de trabalho perdidos estão relacionados com o stress laboral, o que, representa um elevado custo não só para o trabalhador, como para as organizações. Em 2002, a Comissão Europeia referiu que os custos relacionados com o stress no trabalho, na EU 15, eram de 20 000 milhões de euros por ano (EASHW, 2009).

Segundo as estimativas para a EU 27, em 2007, depois dos problemas musculoesqueléticos, cerca de 14% das pessoas que trabalham referem o stress, a ansiedade e a depressão como os problemas, mais sérios, relacionados com o trabalho. No que diz respeito às áreas de atividade, depois do sector da educação (27%) e da mediação financeira (25%), é o sector da administração pública e defesa (24%) que assume os níveis mais elevados de stress, ansiedade e depressão. Estes problemas que conduzem a limitações das atividades do dia-a-dia tanto em contexto de trabalho, como fora dele (Eurostat, 2010). Segundo resultados do LFS<sup>1</sup> as baixas médicas, derivadas deste tipo de sintomatologia, ocorrem em 59% dos trabalhadores afetados e evidenciam-se mais nas baixas de longa duração (mínimo de um mês) comparativamente às de curta duração (inferior a um mês) (32% vs. 27%). Segundo a mesma fonte, estudos que envolveram nove países europeus, Portugal incluído, revelaram um aumento do número de pessoas afetadas por stress, ansiedade e depressão de 0.9% em 1999 para 1.5% em 2007.

Os elevados custos humanos e económicos associados ao stress ocupacional sugerem que as iniciativas destinadas a prevenir e/ou reduzir o stress dos trabalhadores, devem estar no topo

---

<sup>1</sup> LFS – Labour Force Survey (mais especificamente os módulos de segurança e saúde no trabalho)

da agenda da promoção da saúde no local de trabalho, através da implementação de programas. Estas intervenções poderão ser centradas no indivíduo ou na organização (Noblet e LaMontagne, 2006; Caetano e Silva, 2011; Chambel, 2005).

Vários estudos foram realizados no sentido de identificar o impacto do stress em contexto laboral. Por exemplo, Ongori e Agolla (2008), no seu estudo demonstraram que o stress profissional afeta os trabalhadores de várias formas apresentando-se como uma das principais causas do *turnover* nas organizações. Como conclusão, referem a necessidade de mudança de paradigma de modo a que a adequada gestão de stress minimize o seu impacto nos empregados. Tal como em estudos anteriores, também estes autores identificaram como principais stressores o aumento da carga de trabalho, a incerteza sobre o futuro, a comunicação deficiente, os recursos insuficientes e os conflitos. Os resultados da pesquisa confirmam que as despesas de stress laboral são elevadas e o seu impacto não poderá ser ignorado. A redução da eficiência, o *turnover*, as despesas de saúde, a baixa motivação e o aumento de acidentes são algumas das mais evidentes consequências do stress em contexto de trabalho.

Muitas organizações adotaram programas de gestão de stress ocupacional para reduzirem os níveis de stress da sua força de trabalho. A intervenção de gestão de stress é qualquer atividade ou programa iniciado por uma organização que incide na redução dos stressores relacionados com o trabalho ou que assistem os indivíduos no sentido de minimizar os efeitos negativos da exposição aos mesmos (Ivancevich *et al.*, 1990).

Schmidt *et al.* (2000) afirmam que a operacionalização da gestão da saúde no trabalho se baseia em duas premissas. A primeira é a de que é possível identificar um conjunto de fatores organizacionais que caracterizam a organização da saúde no trabalho. Dejoy *et al* (1997, citado por Schmidt *et al.*,2000) propuseram um modelo que inclui 13 dimensões: carga de trabalho; autonomia/controlo; clarificação do papel; conteúdo do trabalho; horário de trabalho; condições ambientais; suporte organizacional; participação e envolvimento; feedback e comunicação; segurança no trabalho; oportunidade de progresso e aprendizagem contínua; salários e benefícios justos e; disposições de trabalho flexíveis. As expectativas e perceções dos empregados acerca da organização e do seu trabalho incluindo a satisfação, o envolvimento organizacional e sintomas de stress (disstress emocional e físico) têm impacto na eficácia organizacional. O segundo pressuposto, é o de que este tipo de intervenções no âmbito da saúde no trabalho leva a ambientes mais saudáveis e seguros, promovendo a rentabilidade e competitividade do mercado de trabalho.

Noutro contexto, especificamente no sector público australiano, foram estudadas as variações na saúde psicológica, satisfação no trabalho e *commitment* organizacional. Nesta investigação, Noblet *et al.* (2006) concluíram que o desenvolvimento das estratégias de *coping* aumenta a capacidade do modelo para prever a saúde psicológica.

Burke e Sarpy (2003) referem que as intervenções promovem a saúde e segurança no trabalho quando se altera um ou mais dos seguintes elementos: o trabalhador (exemplo: técnicas de relaxamento); o trabalho em si (exemplo: reorganização do conteúdo de trabalho) e; o contexto de trabalho (exemplo: alteração das estruturas dos grupos de trabalho).

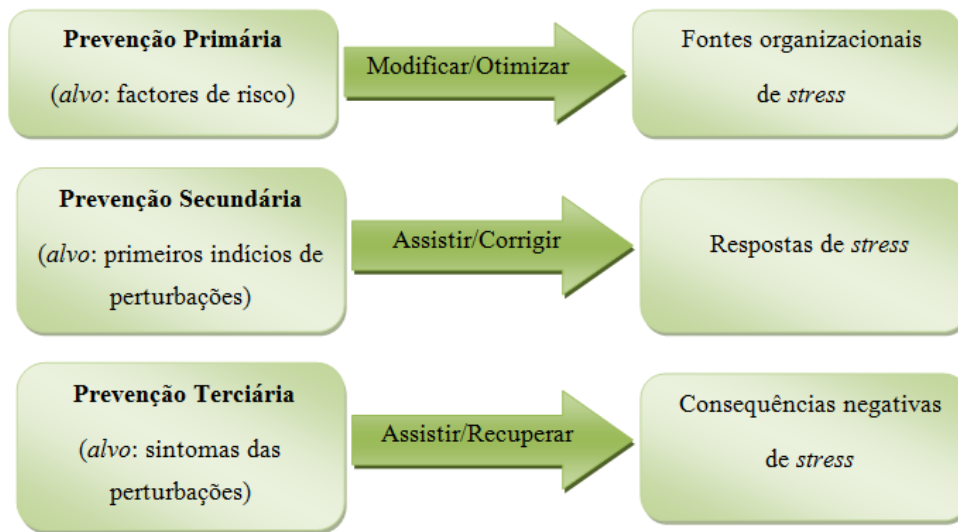
No sentido de contribuir para a prevenção e intervenção Ivancevich e seus colaboradores, em 1990, desenvolveram um quadro conceptual para o desenho, implementação e avaliação da intervenção da gestão de stress. De acordo com este modelo, as intervenções podem ter como alvo três diferentes pontos no ciclo do stress: a) a intensidade dos stressores no local de trabalho; b) a avaliação dos empregados acerca das situações de stress; c) a capacidade dos empregados para lidar com os resultados. As componentes das atuais intervenções de gestão de stress variam amplamente entre tratamentos focados no indivíduo, na organização ou nesta combinação (Richardson e Rothstein, 2008; Ramos, 2001; Munz *et al.* 2001).

A maioria dos autores considera que os programas de assistência aos trabalhadores deverão contemplar estratégias dirigidas tanto à mudança de stressores (ao nível da organização) como ao desenvolvimento de estratégias de *coping* (ao nível dos indivíduos) (Cardoso, *et al.*, 2002).

Estes programas surgiram nos Estados Unidos da América com o intuito inicial de apoiar trabalhadores com problemas específicos como o alcoolismo e que posteriormente foram alargados a outro tipo de problemas, nomeadamente ao stress laboral. A prevenção do stress é vantajosa uma vez que este é um problema real das organizações, no entanto, as consequências negativas são passíveis de ser evitadas. Os custos, as perdas e a falta de vitalidade retiram-lhes vantagem competitiva que veem assim reduzido o potencial do seu capital humano, podendo mesmo colocar em causa a sua sobrevivência. Apesar de se definir a eliminação de stressores como estratégia de combate à doença, é importante lembrar que prevenir o stress no trabalho não significa eliminá-lo, tal seria impossível e mesmo desvantajoso, uma vez que o eustress se revela um fator de motivação e aprendizagem, que contribui para o desenvolvimento dos trabalhadores (Ramos, 2001).



Quick *et al*, 1997 (citado por Ramos, 2001) sugerem que as prevenções podem ser primárias, secundárias ou terciárias de acordo com o seguinte esquema:



**Figura 3: Prevenção do Stress, adaptado de Quick et al. (1997), retirado de Ramos (2001)**

De uma forma geral, programas baseados em intervenções primárias incluem o redesenho/redefinição do trabalho para modificar os stressores, aumentando a capacidade de tomada de decisões ou fornecendo grupos de suporte entre colegas. Por sua vez, programas baseados essencialmente na intervenção secundária, tentam diminuir a gravidade dos sintomas de stress antes que estes conduzam a sérios problemas de saúde. Finalmente, as intervenções terciárias, consistem em programas de assistência aos empregados por profissionais de saúde mental (Arthur, 2000; citado por Richardson e Rothstein, 2008).

As intervenções de gestão de stress mais comuns são as secundárias cujo objetivo é o envolvimento individual para gerir e lidar com o stress. Alguns exemplos são o treino das aptidões cognitivo-comportamentais, meditação, relaxamento, exercícios de respiração, exercício físico, diários, gestão de tempo e definição de metas/objetivos. As intervenções cognitivo-comportamentais pretendem modificar as avaliações que o indivíduo faz do stress e as suas respostas perante o mesmo. Ou seja, os indivíduos são treinados para se tornarem conscientes dos pensamentos negativos ou irracionais e substituí-los por ideias positivas e racionais. As técnicas de relaxamento, meditação e respiração têm o intuito de permitir aos trabalhadores a diminuição de reações adversas ao stress, conduzindo o estado físico e mental ao oposto do stress. Os programas de exercício físico têm como objetivo a libertação da tensão gerada por situações stressantes, aumentando os níveis de endorfina. As intervenções poderão incluir formação em gestão de tempo e definição de objetivos de modo a facilitar esta

gestão não só a nível profissional como nas outras esferas, nomeadamente a familiar (Richardson e Rothstein, 2008).

Segundo os autores, estes programas de intervenção são normalmente administrados durante várias semanas, podendo ocorrer tanto no local de trabalho ou fora dele. Dependendo do método de tratamento utilizado, a duração da intervenção pode variar entre sessões de 15 minutos ou de dias completos.

Deste modo, para que um programa seja adequadamente implementado, com consequências visíveis e ajustadas a cada realidade organizacional, deverá ser conduzido, segundo três momentos: diagnóstico, intervenção e avaliação (Ramos, 2001). Segundo o mesmo autor, o diagnóstico é fundamental para conhecer as particularidades da organização e com base nelas desenhar um conjunto de medidas a implementar na fase de intervenção. A fase de avaliação visa apreciar o impacto das medidas introduzidas, assim como facultar feedback sobre o diagnóstico, suportando assim as novas intervenções a implementar, numa perspetiva de melhoria continuada.

Segundo Caetano e Silva (2011) os programas de intervenção podem ser avaliados quanto à estrutura (exemplo: objetivos, desenho, organização), processo (número de participantes, satisfação dos participantes, número de participantes que completam o programa) e resultados (se atinge o objetivo, relação custo-benefício).

No que diz respeito à avaliação da eficácia dos programas de intervenção, podem ser utilizadas medidas organizacionais como os níveis de absentismo e produtividade, ou medidas individuais como níveis de sintomatologia (depressão, ansiedade e stress). De acordo com os resultados apurados através da meta-análise levada a cabo por Richardson e Rothstein em 2008, apesar de serem as técnicas de relaxamento, meditação e respiração, as mais utilizadas, pela sua simplicidade, são as técnicas cognitivo-comportamentais as que se revelam mais eficazes. Apesar de grande parte dos autores defender que quanto mais diversificadas forem as técnicas usadas, melhor o resultado do programa, o estudo dos referidos autores não o confirma. Ou seja, quanto mais componentes se associarem às técnicas cognitivo-comportamentais, menos eficazes estas se tornam. No entanto, no que diz respeito às outras técnicas, como as de relaxamento, estas deverão ser consideradas como parte integrante de um largo conjunto de medidas, aumentando a eficácia das intervenções.

Após a breve revisão bibliográfica, explanada nos subcapítulos anteriores, foram definidos os objetivos específicos do presente projeto.

#### **1.4 Objetivos Específicos do Projeto**

Como forma de alcançar o objetivo geral deste trabalho, foram definidos seis objetivos específicos:

- 1) Identificar níveis de gravidade da sintomatologia (depressão, ansiedade e stress) da organização;
- 2) Identificar os níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos no trabalho;
- 3) Identificar relações entre a sintomatologia e os níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos;
- 4) Comparar grupos em função dos níveis de gravidade da sintomatologia;
- 5) Comparar grupos em função dos níveis de exigência, recursos e conflitos no trabalho;
- 6) Identificar prioridades de intervenção e identificar estratégias de prevenção.

## **2 Diagnóstico**

Para avaliar o estado da organização e em função dos resultados poder delinear uma estratégia de intervenção, é necessário realizar um diagnóstico.

Este projeto desenvolveu-se numa organização do sector público, mais precisamente numa autarquia da região de Lisboa e Vale do Tejo, com a dimensão de 1016 trabalhadores, de acordo com o Balanço Social 2011.

A estrutura orgânica contempla as seguintes unidades nucleares: o departamento da presidência, administração geral e financeira (DPAGF), com a coordenação interdepartamental e apoio à decisão municipal; a unificação do atendimento público e das aquisições municipais; o planeamento e a gestão financeira; o departamento dos recursos humanos e segurança (DRHS) nas suas duas vertentes; o departamento de obras e urbanismo (DOU), departamento sociocultural (DS) e a vitalização das novas competências na área da educação; o departamento jurídico (DJ) agrupando todas as áreas jurídicas, visando um acréscimo de qualidade e quantidade, no conhecimento jurídico por todos os intérpretes organizacionais e uma melhor defesa dos interesses municipais em todas as sedes e uma unidade nuclear divisional (divisão de comunicação, informática e modernização

administrativa - DCIMA) abarcando as novas tecnologias, a comunicação, a inovação e a modernização administrativa.

## 2.1 Instrumentos

O questionário criado era composto por várias escalas validadas de modo a poder avaliar a sintomatologia (depressão, ansiedade e stress), as exigências, o controlo, os recursos do trabalho (suporte social e auto-eficácia) e a relação entre o trabalho e a vida fora do trabalho (através do conflito trabalho-família e família-trabalho). Foram ainda incluídas neste questionário questões de caracterização.

### 2.1.1 Sintomatologia

Para avaliar a sintomatologia foi aplicada a EADS (Escala de Ansiedade Depressão e Stress). Esta escala consiste na versão portuguesa da Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) de 42 questões, criada por Lovibond e Lovibond em 1995. A tradução e validação para português foram realizadas por Pais Ribeiro, *et al.*, em 2004. A EADS inclui três subescalas (Depressão, Ansiedade e Stress) de 14 itens cada. A escala de resposta varia entre "0=Não se aplicou nada a mim" e "3=Aplicou-se a mim a maior parte das vezes". (ANEXO A)

A subescala de depressão avalia a disforia, o desânimo, a desvalorização da vida, a auto-depreciação, a falta de interesse ou de envolvimento, a anedonia e inércia.

A subescala da ansiedade avalia a excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, a ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade.

A subescala de stress avalia a dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado; irritável/reacção exagerada e impaciência.

Os resultados de cada subescala são apurados através do somatório dos 14 itens. Os níveis de gravidade são identificados de acordo com o ilustrado na Tabela 1.

	Depressão	Ansiedade	Stress
<b>Normal</b>	0 - 9	0 - 7	0 - 14
<b>Ligeira</b>	10 - 13	8 - 9	15 - 18
<b>Moderada</b>	14 - 20	10 - 14	19 - 25
<b>Grave</b>	21 - 27	15 - 19	26 - 33
<b>Muito Grave</b>	≥ 28	≥ 20	≥ 34

Tabela 1: Níveis de Gravidade da Escala DASS (Fonte: [www.acpmh.unimelb.edu.au](http://www.acpmh.unimelb.edu.au))

### 2.1.2 *Exigências, Controlo e Recursos do Trabalho*

A avaliação dos níveis de **exigência** (3 itens), de **controlo** (7 itens), de **suporte social** (4 itens) e de **auto-eficácia** (4 itens) foi realizada com base nas escalas utilizadas por Pinto (2009) que adaptou de acordo com a descrição na Tabela 2.

<b>Escalas</b>	<b>Fonte</b>	<b>Exemplo de item</b>
Exigências (3 itens)	Karasek (1979)	O meu trabalho requer que execute as tarefas de forma rápida
Controlo (7 itens)	Karasek (1979): 1 item Dwyer e Ganster (1991): 4 itens Jackson <i>et al.</i> (1993): 2 itens	Escolho as tarefas e projetos que pretendo realizar
Suporte Social (4 itens)	Morgeson e Humphrey (2006)	Tenho oportunidade de desenvolver relações de amizade próximas
Auto – Eficácia (4 itens)	Rigotti <i>et al.</i> (2008)	Sinto-me apto para a maioria das exigências do meu trabalho

**Tabela 2: Fontes originais das escalas de exigência, controlo, suporte social e auto-eficácia, adaptado de Pinto, 2009)**

A avaliação do **conflito trabalho-família** (avaliada por questões como “As exigências do meu trabalho interferem com a minha vida familiar” ou “Eu perco frequentemente acontecimentos familiares importantes devido ao meu trabalho”); e do **conflito família-trabalho** (avaliada por questões como “Por vezes eu tenho de faltar ao trabalho para cumprir com as minhas responsabilidades familiares” ou “Aos meus colegas de trabalho desagradam a quantidade de vezes com que eu me preocupo com a minha vida familiar”) foi reduzida e adaptada da escala de Conflito Trabalho-Família-Trabalho de Netemeyer, McMurrian, & Boles (1996).

A escala de resposta era de 7 pontos em que “1=Discordo Completamente” e “7=Concordo Completamente”. (ANEXO B)

O questionário incluiu ainda questões que visam a caracterização da população (idade; género; antiguidade na organização; categoria profissional; vínculo à organização e; identificação do departamento/divisão).

## **2.2 Procedimento**

Antes de o diagnóstico ter início, foi realizado um trabalho preparatório do projeto, na organização em estudo, visando o envolvimento dos dirigentes, de modo, a possibilitar a aplicação do questionário a todos os trabalhadores, a recolher os dados necessários à realização do diagnóstico, bem como, na sua colaboração em eventuais medidas corretivas e planos de prevenção. Assim, foram realizadas sessões de sensibilização para a temática da saúde e bem-estar no trabalho, com enfoque nas consequências do stress laboral. Estiveram envolvidos todos os dirigentes e coordenadores de equipas de trabalho dos diversos departamentos da autarquia. Foi disponibilizado um panfleto informativo a todos os trabalhadores, enviado junto do recibo de vencimento - antes da aplicação dos questionários do diagnóstico, que decorreu durante o mês de Abril de 2011.

A aplicação dos questionários envolveu a participação não só do técnico que conduziu o projecto como também de técnicos do Departamento Sociocultural, dada a dimensão do mesmo. Apesar de existirem vários aplicadores, foi garantida a semelhança das instruções, através de um documento orientador e uma pequena formação, acerca do objetivo do instrumento, bem como, da forma como deveria ser aplicado.

Para garantir a confidencialidade, foram disponibilizadas caixas de recolha dos questionários apenas acessíveis ao técnico que faria o seu tratamento. A identificação pessoal foi considerada fator facultativo

Foram aplicados e recolhidos 843 questionários realizados por todos os trabalhadores dos diversos departamentos da autarquia em estudo que se encontravam disponíveis aquando da aplicação dos mesmos.

O tratamento dos dados foi realizado com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), tendo sido realizadas análises descritivas, análises inferenciais para comparação de médias (T-teste; One-Way Anova) e correlações (Pearson).

## **2.3 Caracterização da Amostra**

Dos 843 participantes, que correspondem a 83% do universo dos trabalhadores desta Câmara Municipal, 167 eram homens (20%), 672 mulheres (80%) e 4 não identificaram o sexo. A média de idades é de 41 anos e meio, num intervalo de 19 a 66 anos.

Quanto à antiguidade verificou-se que a maioria dos trabalhadores (67%) se encontrava integrado na organização há mais de um ano e há menos de 15, enquanto apenas 7%

trabalhava no município há menos de um ano e 24% há mais de 15. Do total, cerca de 2% não identificou há quanto tempo está vinculado à autarquia, tal como ilustrado na Tabela 3.

	N	Percentagem	Percentagem Acumulada
Há menos de 1 ano	59	7 %	7,2 %
Entre 1 e 5 anos	267	31,7 %	39,6 %
Entre 5 e 15 anos	295	35 %	75,5 %
Há mais de 15 anos	202	24 %	100 %
Total	823	97,6 %	
NS/NR	20	2,4 %	
Total	843	100,0	

**Tabela 3: Antiguidade na organização**

Todas as categorias profissionais foram representadas. Do total dos participantes, 555 (66%) eram assistentes operacionais; 177 (21%) assistentes técnicos/fiscal ou agente municipal; 80 (9%) técnicos superiores e 14 (2%) dirigentes, 14 (2%) inquiridos não identificaram a sua categoria profissional.

Relativamente ao vínculo contratual, 86% dos trabalhadores da Câmara é detentor de um contrato de trabalho por tempo indeterminado, 11% um contrato por tempo determinado e 3% não identificou.

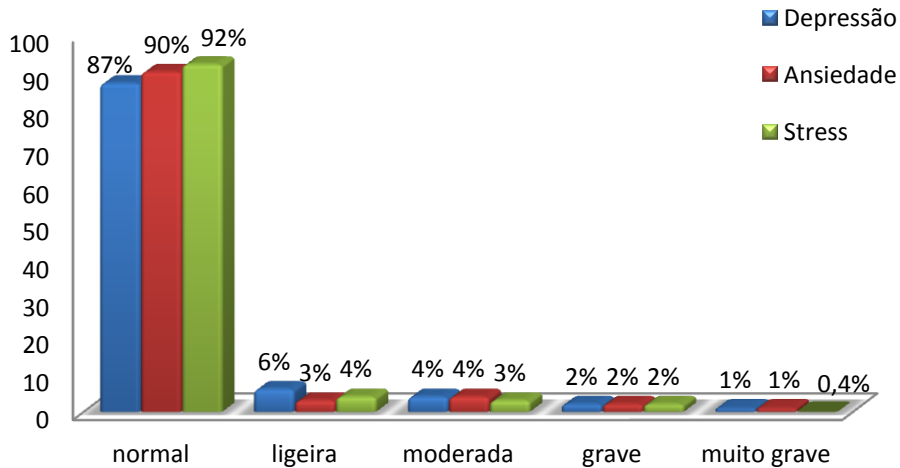
Em relação à representatividade dos departamentos, o Departamento Sociocultural (DS) representa cerca de 70% dos participantes, o Departamento de Obras e Urbanismo (DOU) 16%, o Departamento da Presidência, Administração Geral e Financeiro (DPAGF) 7%, o Departamento de Recursos Humanos e Segurança (DRHS) 5%, a Divisão de Comunicação, Informática e Modernização (DCIMA) 1 % e o Departamento Jurídico 1%.

### 3 Resultados

#### 3.1 Níveis de gravidade da sintomatologia (depressão, ansiedade e stress)

Cotada a escala EADS, adaptada da escala DASS, foram contabilizados casos de depressão, ansiedade e stress em cinco níveis de gravidade (Normal, Ligeira, Moderada, Grave e Muito Grave).

O Gráfico 1 ilustra os resultados em percentagem para cada uma das subescalas, em relação aos diferentes níveis identificados.



**Gráfico 1: Percentagem dos níveis de gravidade da sintomatologia**

Da leitura do gráfico, pode verificar-se que a grande maioria dos trabalhadores apresenta níveis normais de depressão (87%), ansiedade (90%) e stress (92%). No entanto, foram identificados entre os trabalhadores 5 casos de depressão muito grave (1%) e 18 de depressão grave (2%); 13 casos de ansiedade muito grave (1%) e 9 casos de ansiedade grave (2%); 3 casos de stress muito grave (0,4%) e 12 casos de stress grave (2%). A Tabela 4 sintetiza os valores apurados. No que se refere à percentagem de trabalhadores com níveis graves e muito graves, verificamos que 1,4% apresenta estes níveis de gravidade para a ansiedade, 1,8% para o stress e 2,7% para a depressão. Quanto aos níveis ligeiros e moderados nestas dimensões, os valores aumentam, com percentagens de 9,5 % (depressão); 7.1% (ansiedade) e 5.5% (stress).

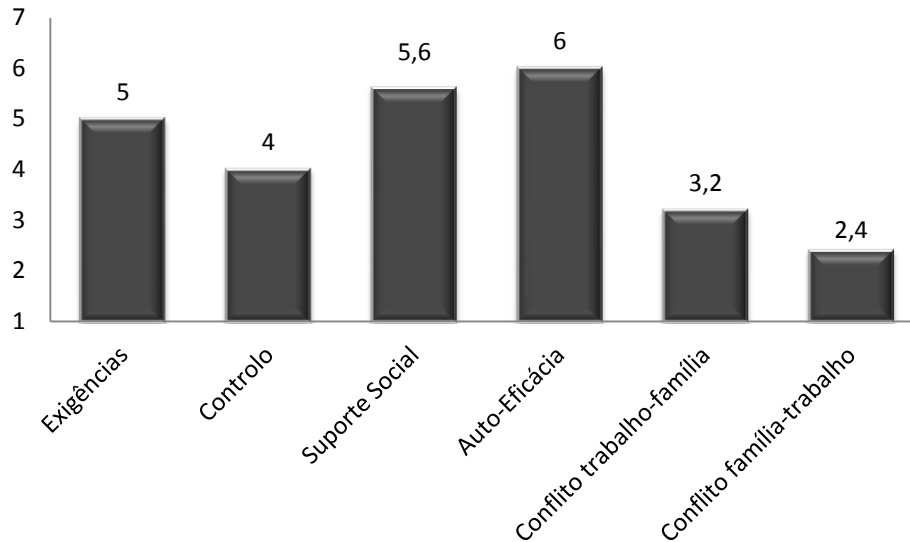
	Ligeira a Moderada	Grave a Muito Grave
Depressão	9.5%	2.7%
Ansiedade	7.1%	1.4%
Stress	5.5%	1.8%

**Tabela 4: Percentagem de trabalhadores com níveis de sintomatologia ligeira a moderada e grave a muito grave**

### 3.2 Níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos

No que se refere às dimensões avaliadas quanto às exigências, controlo, recursos e conflitos entre a vida profissional e a vida fora do trabalho, podemos demonstrar os resultados ilustrados no Gráfico 2.





**Gráfico 2: Médias dos níveis de exigências, controlo, recursos e conflitos**

No que se refere à dimensão das Exigências do trabalho, apurou-se que a média é elevada, considerando os trabalhadores que o seu trabalho é muito exigente, requerendo a execução de muitas tarefas e de forma rápida, não existindo tempo suficiente para a realização das mesmas.

Apesar da dimensão Controlo ser positiva (média=4; D.P.=1,2), uma vez que o ponto médio da escala é 3,5, este resultado não traduz um valor elevado. Quanto ao suporte social existente no local de trabalho e auto-eficácia, os trabalhadores apresentam níveis elevados (média=5,6;D.P.=0,9 e média=6; D.P.=0,8 respetivamente), manifestando capacidade de resposta face às exigências.

Relativamente à relação existente entre o trabalho e a vida fora do trabalho, identifica-se um nível médio de conflito entre o trabalho e a família (média=3,2; D.P.=1,6). Já o conflito família-trabalho apresenta um valor consideravelmente mais baixo (média=2,4; D.P.=1,3), indicando pouca influência da vida familiar na esfera profissional. Por último é de assinalar a necessidade de ter alguma contenção na interpretação destas médias, uma vez que na maioria dos casos, o desvio padrão é assinalável (D.P. mínimo=0,81 e D.P. máximo=1,65) sugerindo que podem existir realidades muito diferentes dentro da mesma instituição.

### **3.3 Relações entre a sintomatologia e os níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos no trabalho**

Os resultados de uma análise correlacional entre as dimensões da sintomatologia mostram que existe uma forte e significativa relação entre a ansiedade, o stress e a depressão (entre  $r=.77$  e

$r=.79$ ), sendo que quanto mais se identifique num trabalhador um destes sintomas, mais se verifica a presença também dos outros dois.

Da análise correlacional entre a exigência, o controlo, o suporte social e os conflitos estudados, verifica-se que existe uma relação significativa positiva ( $r=.32$ ) entre o controlo no trabalho e o suporte social. Os resultados evidenciam também que os níveis de exigências no trabalho e o controlo ( $r=.19$ ) estão significativamente relacionados. No que diz respeito ao conflito trabalho-família, os resultados da análise correlacional mostram que existe uma relação significativa negativa ( $r=-.14$ ) entre este e o suporte social, demonstrando que quanto menor o suporte social, maior o conflito trabalho-família. Ainda em relação a este tipo de conflito, também se verifica uma relação significativa positiva com as exigências do trabalho ( $r=.21$ ), ou seja, à medida que aumentam as exigências também aumenta o conflito entre a vida profissional e a vida familiar.

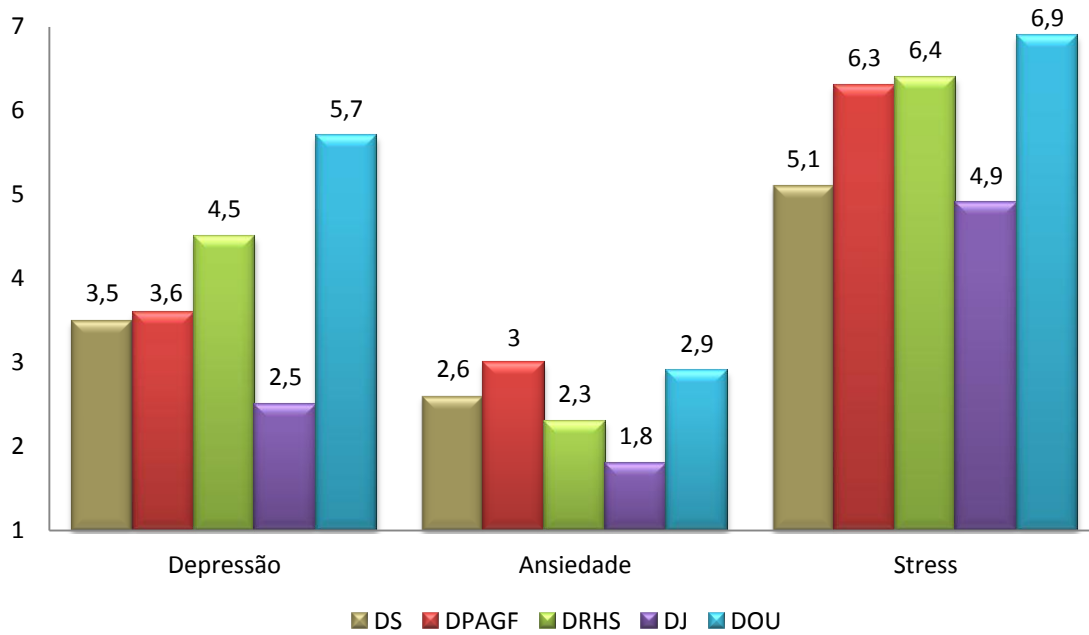
Um dos resultados evidenciados na relação entre medidas está relacionado com a correlação significativa negativa entre as três dimensões da sintomatologia (depressão, ansiedade e stress) e o suporte social ( $r=-.28$ ;  $r=-.22$  e  $r=-.25$ ), e a autoeficácia ( $r=-.23$ ;  $r=-.24$  e  $r=-.18$ ). Ou seja, quanto menos suporte social um trabalhador tem e quanto menos auto eficaz se considera, maior os níveis de depressão, ansiedade e stress. Existe também relação significativa entre as dimensões da sintomatologia (depressão, ansiedade e stress) e os conflitos trabalho-família ( $r=.29$ ;  $r=.18$  e  $r=.31$ ) e família-trabalho ( $r=.15$ ;  $r=.10$  e  $r=.11$ ).

### **3.4 Comparação de grupos em função dos níveis de gravidade da sintomatologia;**

No sentido de apurar as diferenças existentes entre as medidas, verificou-se que o grupo dos homens (média=5,3) apresenta valores de depressão significativamente mais elevados que as mulheres (média=3,6) ( $t=3,313$ ;  $p<0,01$ ). Em relação ao stress e ansiedade não se verificam diferenças significativas entre estes dois grupos (homens e mulheres).

#### **3.4.1 *Diferenças entre Departamentos quanto à Sintomatologia***

Foi realizada a comparação entre níveis de depressão, ansiedade e stress nos cinco departamentos existentes.



**Gráfico 3: Valores médios da Sintomatologia nos vários Departamentos**

As médias apresentadas têm como referência os valores descritos na Tabela 1.

No Gráfico 3 apresentam-se os resultados da sintomatologia em função dos departamentos. Os valores mostram que há departamentos que nas três dimensões da sintomatologia refletem médias mais elevadas. De uma forma geral, o Departamento de Obras e Urbanismo (DOU) é o departamento com valores mais altos de sintomatologia; depois o Departamento de Recursos Humanos e Segurança (DRHS); o Departamento da Presidência, Administração Geral e Financeira (DPAGF); o Departamento Socio Cultural (DS) e por fim o Departamento Jurídico (DJ).

Os testes da significância destas diferenças revelaram a existência de diferenças significativas apenas entre o DS e o DOU ( $F=3,04$ ;  $p<0,05$ ) no que se refere à depressão. Apesar do DJ ser o departamento com valores mais baixos, a diferença entre estes e os valores do DOU não se revelaram estatisticamente significativas, presumivelmente devido à diferença na dimensão destes departamentos. Nomeadamente, o DJ é um departamento com apenas 10 pessoas, o que deve ter influenciado os resultados.

No que se refere ao stress e ansiedade, as diferenças identificadas não se mostraram significativas.

### 3.4.2 Diferenças entre Divisões quanto à Sintomatologia

Devido à organização dos departamentos desta autarquia, considerou-se ainda importante averiguar a existência de diferenças entre divisões departamentais.

Sendo o DS e o DOU os departamentos com maior número de trabalhadores, optou-se por realizar a comparação entre as várias divisões destes dois departamentos.

De acordo com o Gráfico 4, verifica-se que de um modo geral, são as divisões do DOU que apresentam valores mais altos nas dimensões da sintomatologia. Evidenciando-se a Divisão de Edifícios e Administração Direta (DEAD) como a que apresenta médias mais elevadas de depressão (média=6,8; D.P.=6,6), ansiedade (média=3,6; D.P.=3,7) e stress (média=8,6; D.P.=6,9). A Divisão onde se verificam os valores mais baixos de ansiedade é o Serviço de Turismo (ST) (média=0,5; D.P.=0,7). Os valores mais baixos de depressão registam-se no Núcleo de Apoio Técnico (NATA) do DS (média=1; D.P.=1,5) e os mais baixos de stress, entre os trabalhadores da Divisão de Desporto e Juventude (DDJ) (média=4,5; D.P.=5,6).

No entanto as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

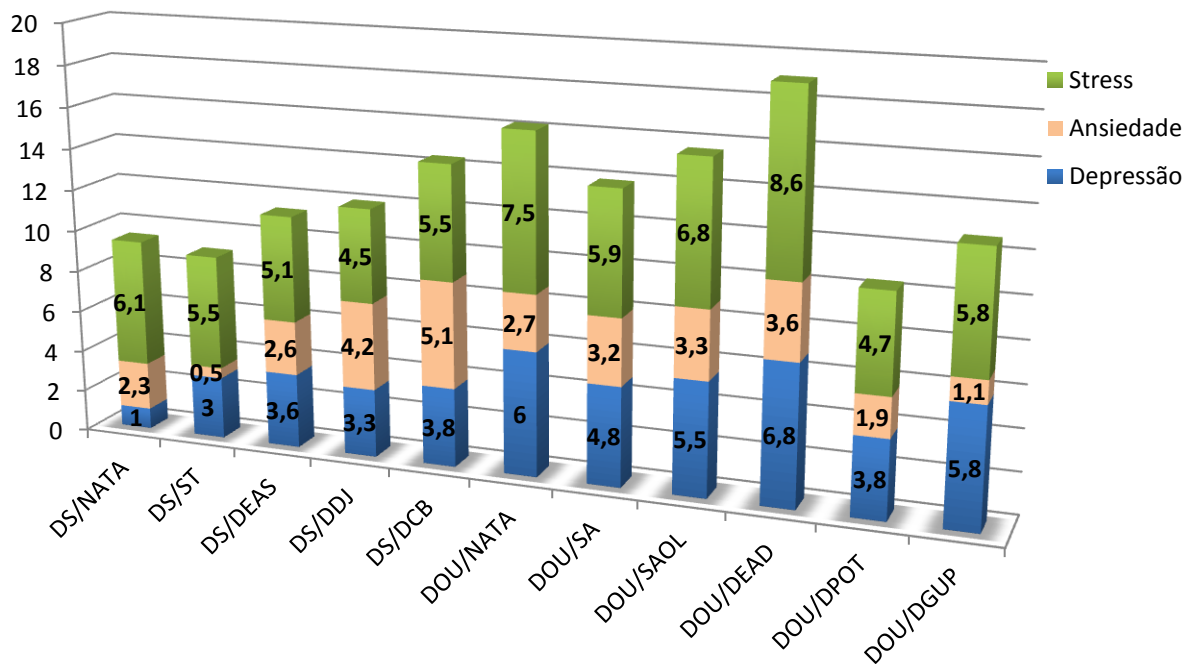


Gráfico 4: Comparação de Médias entre as Divisões do DS e do DOU

### 3.4.3 Diferenças entre tipos de Vínculo quanto à Sintomatologia

O vínculo organizacional foi uma outra variável considerada importante, no sentido de verificar se o tipo de contrato está relacionado com os níveis da sintomatologia estudada. Na

Tabela 5 estão indicadas as médias das três dimensões da sintomatologia em função do tipo de vínculo laboral à organização.

	<b>Contrato por Tempo Indeterminado</b>	<b>Contrato por Tempo Determinado</b>
<b>Depressão</b>	3,9	2,9
<b>Ansiedade</b>	2,6	2
<b>Stress</b>	5,5	4,7

**Tabela 5: Médias da Sintomatologia face ao Vínculo Laboral**

Verifica-se pelo teste de significância que há diferenças ao nível da depressão em função do tipo de vínculo, sendo que quem possui contrato de trabalho por tempo indeterminado apresenta níveis mais elevados de depressão do que os trabalhadores com contrato por tempo determinado ( $t=2,0$ ;  $p<0,05$ ). Em relação aos níveis de ansiedade e stress não se verificam diferenças significativas no que se refere ao tipo de vínculo.

### **3.5 Comparação de grupos em função dos níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos no trabalho**

Um outro aspeto importante para o diagnóstico é a comparação entre categorias profissionais em relação aos níveis de exigência, controlo, recursos e conflitos no trabalho.

#### **3.5.1 Diferenças entre Categorias Profissionais**

Foi realizada uma análise às diferenças entre categorias profissionais quanto ao nível de exigências do trabalho, ao controlo, à autoeficácia, suporte social e conflitos. A Tabela 6 mostra as diferentes médias para cada uma das dimensões. Realizado o teste de significância de médias verifica-se a existência de diferenças entre os grupos ao nível das exigências, do controlo e do conflito trabalho-família. Ou seja, no que toca às **Exigências** o Assistente Operacional apresenta médias mais baixas do que todas as outras categorias, sendo estas diferenças significativas ( $F=7$ ;  $p<0,01$ ), o que indica que tanto os Dirigentes como os Técnicos Superiores e os Assistentes Técnicos/Fiscais e Agentes Municipais consideram um nível de exigência do seu trabalho superior aos Assistentes Operacionais. Relativamente ao **Controlo** também se verificam diferenças significativas entre a categoria dos Assistentes Operacionais e os Assistentes Técnicos/Fiscais e Agentes Municipais ( $F=8,3$ ;  $p<0,01$ ), sendo que são os Assistentes Operacionais os que apontam um menor controlo comparativamente com os Assistentes Técnicos/Fiscais e Agentes Municipais e os Técnicos Superiores. É importante recordar que o ponto médio da escala de resposta é 3,5, pelo que a média dos

Assistentes Operacionais é muito próxima deste valor (média=3,8). Também em relação ao **Conflito Trabalho-Família** existem diferenças entre os grupos profissionais, sendo que os Dirigentes apresentam valores mais elevados neste tipo de conflito do que os Assistentes Operacionais ( $F=12,5$ ;  $p<0,01$ ).

		Categoria profissional			
		Assistente Operacional	Assistente Técnico/Fiscal ou Agente Municipal	Técnico Superior	Dirigente
Dimensões	Exigências	4,8	5,2	5,3	5,9
	Controlo	3,8	4,3	4,5	4,4
	Suporte Social	5,5	5,6	5,5	5,8
	Auto Eficácia	5,9	5,9	6,1	6,1
	Conflito trabalho-família	3,0	3,3	3,5	4,4
	Conflito família-trabalho	2,4	2,4	2,4	2,0

Tabela 6: Médias das Exigências, Controlo, Recursos e Conflitos face à Categoria Profissional

### 3.6 Identificar prioridades de intervenção e identificar estratégias de prevenção

Tendo em consideração os resultados obtidos no diagnóstico, segue-se um conjunto de prioridades e estratégias que poderão ser tomadas em consideração na implementação de um programa de acompanhamento ao trabalhador.

Em termos de intervenção primária, que tem como alvo os fatores de risco, identificam-se prioridades na diminuição de exigências do trabalho e aumento do nível de controlo por parte dos trabalhadores. Como estratégia, propõe-se a reorganização do trabalho sobretudo dos assistentes operacionais onde se detetou níveis mais baixos de controlo. Podem ser desenvolvidas medidas que possibilitem a tomada de decisões no trabalho através da organização de programas de enriquecimento no trabalho e a criação de grupos semiautónomos, tal como sugerido por Chambel (2005).

Relativamente à intervenção secundária, que visa corrigir as respostas dos indivíduos, podem apontar-se como prioridades, o reforço do suporte social laboral, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e a diminuição do conflito trabalho-família. Prioridades que podem ser operacionalizadas através de formação e treino das competências cognitivo-comportamentais. Poderá ser complementada com formação em gestão de stress, gestão de tempo e gestão de conflitos. A gestão de tempo visa melhorar as capacidades para definição de objetivos, agendar e priorizar tarefas, resolução de problemas, delegação, negociação e resolução de

conflitos, promovendo também a diminuição do conflito trabalho-família. O treino na mudança de perspetiva das condições adversas, através da análise das situações, pelo lado positivo e suas consequências (por exemplo, falta de tempo dedicado à família mas que lhes proporciona condições económicas favoráveis) pode ajudar o indivíduo a minimizar o conflito trabalho-família. Outra estratégia importante, no complemento da intervenção, no desenvolvimento de estratégias de *coping* é a promoção de técnicas de relaxamento com incidência prioritária nos trabalhadores do DOU. A promoção de atividade física em equipa poderá também ajudar, sendo prioritariamente incentivada junto dos trabalhadores de sexo masculino e do DOU.

A intervenção terciária tem como objetivo assistir e recuperar trabalhadores onde já se tenha instalado um problema de saúde psicológica. Assim, deverão ser identificados os trabalhadores com níveis de stress, ansiedade e depressão, graves e muito graves (nos casos onde tal seja possível, visto os questionários apresentarem a identificação pessoal como um fator facultativo). Estes trabalhadores deverão ser encaminhados para acompanhamento psicológico, de modo a receberem tratamento especializado por técnicos da área. A Tabela 7 sintetiza as principais prioridades e estratégias propostas para a intervenção.

		Prioridades	Estratégias
<b>Prevenção</b>	<b>Primária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir as exigências do trabalho e aumentar o controlo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorganização do trabalho sobretudo junto dos assistentes operacionais;</li> <li>• Promoção de atividades de enriquecimento no trabalho através da criação de grupos semiautónomos.</li> </ul>
	<b>Secundária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar o suporte social dado pelas chefias e colegas de trabalho;</li> <li>• Diminuir o conflito trabalho-família;</li> <li>• Desenvolver estratégias de <i>coping</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar formação na área cognitivo comportamental, em gestão de stress, gestão de tempo e gestão de conflitos a chefias e colegas;</li> <li>• Dar treino em técnicas de relaxamento, meditação e respiração prioritariamente junto dos colaboradores dos departamentos com níveis mais elevados de sintomatologia;</li> <li>• Treino na mudança de perspetiva das condições adversas, através da análise das situações, do seu lado positivo e suas consequências.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover atividades físicas em equipa junto dos trabalhadores homens e que integram o DOU;</li> <li>• Treinar os colaboradores para adequar as respostas negativas a situações adversas como evitar consumo de álcool e drogas.</li> </ul>
	<b>Terciária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar indivíduos com sintomatologia aos níveis grave e muito grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para acompanhamento psicológico.</li> </ul>

**Tabela 7: Síntese das prioridades e estratégias propostas para a intervenção**

## 4 Conclusões

De uma forma geral, o diagnóstico realizado aponta uma organização maioritariamente “saudável” no que se refere à sintomatologia de depressão, ansiedade e stress. No entanto, existem cerca de 3% dos trabalhadores com níveis graves e muito graves de depressão, cerca de 1% com níveis graves e muito graves de ansiedade e cerca de 2% com níveis graves e muito graves de stress. Estes indicadores não podem deixar de ser considerados na definição de prioridades de intervenção, mais concretamente, ao nível da intervenção terciária, através de um encaminhamento para tratamento e apoio psicológico.

Cerca de 10% dos trabalhadores da autarquia onde se desenvolveu este estudo, apresentam níveis ligeiros a moderados de depressão, 7% de ansiedade e 6 % de stress.

Existem fatores que influenciam a sintomatologia, nomeadamente o sexo e o departamento a que pertencem. Nesta organização, os homens apresentam níveis de depressão significativamente mais elevados que as mulheres. O departamento de obras e urbanismo é, comparativamente aos restantes, o departamento que apresenta os níveis mais elevados de depressão.

No que diz respeito aos resultados correspondentes às exigências, controlo e recursos no trabalho também se obteve informação importante a ter em conta na proposta de intervenção. Constatou-se que o nível de exigências percebido pelo assistente operacional é significativamente mais baixo comparativamente às outras categorias profissionais. Os assistentes operacionais são também os que apresentam um menor controlo sobre o trabalho



que realizam. Outros fatores analisados foram os conflitos entre o trabalho e a família e a família e o trabalho. Os resultados indicam que existem diferenças ao nível dos primeiros, manifestando a categoria dos dirigentes valores significativamente mais elevados por comparação à categoria dos assistentes operacionais.

Assim, é apresentado um conjunto de prioridades e estratégias de intervenção baseadas nos resultados apurados na fase do diagnóstico, nomeadamente a reorganização do trabalho (intervenção primária), o desenvolvimento de estratégias de *coping* (intervenção secundária) e tratamento dos trabalhadores através de encaminhamento para acompanhamento psicológico (intervenção terciária).

Relativamente às limitações deste projeto, salienta-se o facto de não ter sido aplicado o questionário à globalidade dos trabalhadores, ficando uma franja de 17% fora do estudo. Considerando que um dos motivos subjacentes, à não realização do questionário, eventualmente ser o facto de estarem de baixa médica, podendo a causa desta, estar relacionada com o tema em análise, o que influenciaria a leitura do diagnóstico de forma diferente, caso tivessem respondido.

O diagnóstico avaliou algumas variáveis importantes mas não todas as que são referidas na literatura como antecedentes ou explicativas da saúde psicológica, o que constitui uma outra limitação a este estudo.

Dado o envolvimento tanto de colegas como de dirigentes, além das largas vantagens já evidenciadas ao longo de revisão bibliográfica, os resultados apurados neste projeto sustentam a criação de um programa de acompanhamento psicossocial ao trabalhador que vise a promoção do bem-estar e saúde psicológica de todos nesta autarquia.

## Referências Bibliográficas

- Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho. In Ferreira, J.M.C., Neves, J. & Caetano, A. (coord.). (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. (2012). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS). Retirado de [www.acpmh.unimelb.edu.au](http://www.acpmh.unimelb.edu.au) em Março de 2011.
- Balanço Social 2011 – Documento elaborado pela Divisão de Recursos Humanos da Autarquia.
- Bakker, A.B., e Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Burke, M. J. & Sarpy, S. A. (2003). Improving worker safety and health through interventions. In D. A. Hofmann & L. E. Tetrick (eds.) *Health and safety in organizations: A multi-level perspective*. (pp 56-90). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Caetano, A., e Silva S. A. (2011). Bem estar e saúde no trabalho. In M. P. Lopes, R. B., Ribeiro, P. J. Palma e M. P. Cunha. (eds). *Psicologia Aplicada*. Lisboa: Recursos Humanos Editora.
- Cardoso, R. M., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G., e Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Chambel, M. J. (2005). Stress e bem-estar nas organizações. In A. M. Pinto & A. L. Silva (coords). *Stress e Bem-Estar*. Lisboa: Climepsi.
- De Jonge, J., Dollard, M. F., Dormann, C. Le Blenc, P. M. & Huotman I. D. L. (2000). The demand-control model: Specific demands, specific control, and well-defined groups. *International Journal of Stress Management*. Vol. 7, 4, 269-287.
- Dorsch, F., Hacker, H., & Stapf, K. H. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Petrópolis: Editora Vozes.
- European Agency for Safety and Health at Work (EASHW) (2009). *OSH in figures: Stress at work – facts and figures*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat (2010). European Commission Employment, social affairs and equal opportunities. *Health and safety at work in Europe (1999 – 2007): A statistical portrait*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & DeLongis, A., (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 50, n. ° 3, 571-579.
- Hackman, J. R. (1980). The individual in the work environment: Work redesign and motivation. *Professional Psychology*, vol. 11, n° 3.
- Haines, V., Hurlbert, J. & Zimmer, C., (1991). Occupational stress, social support and the buffer hypothesis. *Work and Occupations*, vol. 18, n. ° 2. 212-235.
- Harkness, A. M. B., Long, B. C., Bermbach, N., Patterson, K., Jordan, S. & Kahn, H. (2005). Talking about work stress: discourse analysis and implications for stress interventions. *Work and Stress*, vol. 19, n. ° 2. 121-136.

- Ivancevich, J. M. , Matteson, M. T. , Freedman, S. M. & Phillips, J. S. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*. 45, 252-261.
- Karasek, R., (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-306.
- Munz, D. C., Kohler, J. M., Greenberg, C. I. (2001). Effectiveness of a comprehensive worksite stress management program: Combining organizational and individual interventions. *International Journal of Stress Management*. Vol. 8, 1, 49-61.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of workfamily conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400-410.
- Noblet, A., Rodwell, J., & McWilliams, J., (2006). Organizational Change in the public sector: augmenting the demand control model to predict employee outcomes under new public management. *Work & Stress*, Vol. 20, n. ° 4, 335-352.
- Noblet, A. & LaMontagne, A. D. (2006). The role of workplace health promotion addressing job stress. *Health Promotion International*. Vol. 21, n. ° 4, 346-353.
- Ongory, H. & Agolla, J. E. (2008). Ocupacional stress in organizations and its effects on organizational performance. *Journal of Management Research*. Vol 8 (3), 123-135.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pinto, P. (2009). *Bem estar no trabalho – Um estudo com assistentes sociais*. Dissertação de mestrado. ISCTE – IUL, Lisboa.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, M. (2010). *Stresse no trabalho: Risco e oportunidades*. Comunicação apresentada no 9.º Congresso Internacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Porto, 28 de Janeiro.
- Richardson, K. M. , Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 13, 1, 69-93.
- Schmidt, W. C., Welch, L. & Wilson, M. G. (2000). Individual and organizational activities to build better health. In L. R. Murphy & C. L. Cooper (eds.) *Healthy and productive work: An international perspective*. London: Taylor and Francis.
- Tavares, S., Caetano, A. & Silva, S. (2007). “Não há bela sem senão”: A identificação organizacional, os comportamentos de dedicação ao trabalho e o conflito trabalho-família. *Psicologia* [online]. Vol. 21, n.º 1, 133-149.

## ANEXO A

**Instruções:** Para cada uma das frases que vai ler seguidamente, preencha o círculo com uma cruz (X) correspondente ao número que melhor indica até que ponto cada uma das frases se aplicou a si **durante a última semana**.

Não existem respostas certas ou erradas.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Trabalhador: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

⓪: Não se aplicou nada a mim

②: Aplicou-se a mim muitas vezes

①: Aplicou-se a mim algumas vezes

③: Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar	⓪ ① ② ③
2. Sinto-me desanimado e triste	⓪ ① ② ③
3. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (aumentos no ritmo cardíaco ou falta de batimentos)	⓪ ① ② ③
4. Tive suores intensos (por exemplo mãos suadas) que não foram provocados por temperatura elevada ou exercício físico	⓪ ① ② ③
5. Senti-me triste e deprimido	⓪ ① ② ③
6. Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me perturbou	⓪ ① ② ③
7. Senti a boca seca	⓪ ① ② ③
8. Senti dificuldade em me relaxar	⓪ ① ② ③
9. Senti dificuldades em respirar (por exemplo, respirar de modo excessivamente rápido ou falta de ar na ausência de exercício físico)	⓪ ① ② ③
10. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	⓪ ① ② ③
11. Estive num estado de tensão nervosa	⓪ ① ② ③
12. Não consegui ver nada no futuro para ter esperança	⓪ ① ② ③
13. Senti que não tinha nada a esperar no futuro	⓪ ① ② ③
14. Fiquei perturbado com facilidade	⓪ ① ② ③
15. Tive dificuldades em engolir	⓪ ① ② ③
16. Senti que a vida não tinha sentido	⓪ ① ② ③
17. Senti que não vale a pena viver	⓪ ① ② ③
18. Senti-me a fraquejar (por exemplo nas mãos)	⓪ ① ② ③
19. Senti tremores (por exemplo nas mãos)	⓪ ① ② ③
20. Senti-me desvalorizado	⓪ ① ② ③
21. Fiquei perturbado com facilidade por coisas triviais	⓪ ① ② ③
22. Senti-me agitado	⓪ ① ② ③

(Continua na página seguinte)

⓪: Não se aplicou nada a mim

②: Aplicou-se a mim muitas vezes

①: Aplicou-se a mim algumas vezes

③: Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

23. Senti que não tinha muito valor como pessoa	⓪ ① ② ③
24. Preocupei-me com situações em que podia estar em pânico e fazer figura ridícula	⓪ ① ② ③
25. Senti que tinha perdido interesse praticamente em tudo	⓪ ① ② ③
26. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	⓪ ① ② ③
27. Reagi em demasia em determinadas situações	⓪ ① ② ③
28. Senti-me muito irritável	⓪ ① ② ③
29. Estive em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei aliviado quando consegui sair	⓪ ① ② ③
30. Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples porque não estou familiarizado com elas	⓪ ① ② ③
31. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	⓪ ① ② ③
32. Não consegui ter prazer nas coisas que fiz	⓪ ① ② ③
33. Senti-me quase a entrar em pânico	⓪ ① ② ③
34. Senti que estava demasiado susceptível ou irritável	⓪ ① ② ③
35. Senti-me aterrorizado	⓪ ① ② ③
36. Não consegui fazer nada	⓪ ① ② ③
37. Estive intolerante em relação ao que me impedia de terminar o que estava a fazer	⓪ ① ② ③
38. Senti-me aterrorizado sem que tivesse razão para isso	⓪ ① ② ③
39. Tive sensações de desmaio	⓪ ① ② ③
40. Senti-me impaciente quando me faziam esperar (por exemplo, elevadores, semáforos ou em qualquer outra situação em que tive de esperar)	⓪ ① ② ③
41. Tive muita dificuldade em ter iniciativa para fazer coisas	⓪ ① ② ③
42. Tive dificuldade em tolerar ser interrompido no que estava a fazer	⓪ ① ② ③

## ANEXO B

Encontram-se em seguida algumas afirmações usualmente utilizadas para descrever um posto de trabalho. Indique de forma mais objetiva possível, assinalando com um (X), em que medida concorda com cada uma delas. Responda de acordo com a seguinte escala:

1 – Discordo completamente	2 – Discordo	3 – Discordo ligeiramente	4 – Nem concordo nem discordo	5 – Concordo ligeiramente	6 - Concordo	7 – Concordo completamente
----------------------------	--------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------------	--------------	----------------------------

<b>1. Relativamente ao seu trabalho</b>						
1.1. O meu trabalho requer que execute as tarefas de forma rápida	1	2	3	4	5	6 7
1.2. O meu trabalho requer a realização de muitas tarefas	1	2	3	4	5	6 7
1.3. Considero que não existe tempo suficiente para realizar o meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
1.4. Decido como organizo o meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
1.5. Decido quando começo determinada tarefa no meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
1.6. Decido quando termino determinada tarefa no meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
1.7. Escolho as tarefas e projetos que pretendo realizar	1	2	3	4	5	6 7
1.8. Decido o tempo de duração dos meus períodos de intervalo	1	2	3	4	5	6 7
1.9. Posso decorar, arranjar ou personalizar a minha área de trabalho	1	2	3	4	5	6 7
1.10. Tenho influência na política e procedimentos do meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
1.11. Tenho oportunidade de desenvolver relações de amizade próximas	1	2	3	4	5	6 7
1.12. Tenho oportunidade de conhecer outras pessoas	1	2	3	4	5	6 7
1.13. O superior está preocupado com o bem-estar dos seus colaboradores	1	2	3	4	5	6 7
1.14. As pessoas com quem trabalho são simpáticas	1	2	3	4	5	6 7
1.15. Posso manter a calma quando enfrento dificuldades no meu trabalho, porque confio nas minhas capacidades	1	2	3	4	5	6 7
1.16. Quando me vejo confrontado com um problema no meu trabalho, consigo encontrar várias soluções	1	2	3	4	5	6 7
1.17. Atinjo os objetivos estabelecidos no meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
1.18. Sinto-me apto para a maioria das exigências do meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
<b>2. Relação entre o seu trabalho e vida fora do trabalho</b>						
2.1. As exigências do meu trabalho interferem com a minha vida familiar	1	2	3	4	5	6 7
2.2. Devido ao meu trabalho não consigo envolver-me tanto quanto eu gostaria no acompanhamento da minha vida familiar	1	2	3	4	5	6 7
2.3. Eu perco frequentemente acontecimentos familiares importantes devido ao meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
2.4. Por vezes eu tenho de faltar ao trabalho para cumprir com as minhas responsabilidades familiares	1	2	3	4	5	6 7
2.5. As exigências da minha família interferem com as atividades relacionadas com o meu trabalho	1	2	3	4	5	6 7
2.6. Aos meus colegas de trabalho desagrada-lhes a quantidade de vezes com que eu me preocupo com a minha vida familiar	1	2	3	4	5	6 7