

**Dissertação de Mestrado**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**O Papel do Pensamento Construtivo na Adaptação  
Psicológica aos Riscos Psicossociais**

**Carla Maria Araújo Fernandes dos Santos Fernandes Fugas**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-  
Comportamental e Integrativa)**

**2018**



**Dissertação de Mestrado**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**O Papel do Pensamento Construtivo na Adaptação  
Psicológica aos Riscos Psicossociais**

**Carla Maria Araújo Fernandes dos Santos Fernandes Fugas**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-  
Comportamental e Integrativa)**

**2018**

## Resumo

Os resultados do 5.º Inquérito Europeu das Condições de Trabalho (*Eurofound*, 2012) revelaram que um em cada cinco trabalhadores europeus reportaram baixo bem-estar psicológico. Estas estimativas e as suas consequências mostram que o local de trabalho é um contexto social importante para abordar os problemas de saúde mental e promover a saúde e bem-estar psicológico.

Nos últimos anos, aumentou a preocupação dos diversos países com a prevenção dos riscos psicossociais devido ao reconhecimento do seu impacto na saúde e segurança dos trabalhadores, nomeadamente através da introdução de medidas legislativas que obrigam os empregadores a realizar a identificação de riscos previsíveis. A natureza dos riscos psicossociais é complexa e cobre três aspetos dimensionais relacionados com os trabalhadores, o ambiente de trabalho e o trabalho em si mesmo e que afetam a saúde das pessoas, através de processos psicológicos e fisiológicos. Neste âmbito, a exposição aos comportamentos ofensivos no trabalho pode assumir consequências profundamente negativas para a saúde e bem estar dos trabalhadores.

Tendo como enquadramento teórico o modelo de exigências-recursos no trabalho (modelo JD-R; e.g., Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001) e a *Cognitive-Experiential Self-Theory* (CEST; e.g., Epstein, 1973) este estudo teve por objetivo (1) identificar os riscos psicossociais presentes no ambiente de trabalho de forma a ser possível preveni-los e propor medidas de intervenção à organização estudada; (2) relacionar os riscos psicossociais com os sintomas psicopatológicos e o absentismo; (3) analisar em que medida é que o pensamento construtivo pode moderar o impacto dos riscos psicossociais nos sintomas psicopatológicos.

Participaram neste estudo 233 trabalhadores expostos a diferentes riscos psicossociais, nomeadamente trabalho por turnos e contacto com o cliente.

Os resultados mostram que o impacto da exposição aos comportamentos ofensivos na hostilidade aumenta quando os participantes apresentam pensamento polarizado, desconfiança dos outros e pensamento supersticioso e diminui na ausência de preocupação. Pode-se concluir que o pensamento construtivo tem o potencial de influenciar a adaptação psicológica das pessoas aos riscos profissionais a que estão expostas na medida em que promove a empatia e a criatividade e boas relações interpessoais. Assim, o pensamento construtivo pode ser visto como um recurso pessoal que torna a pessoa mais funcional nas suas interações com o cliente, protegendo-a dos custos físicos e psicológicos

que estas interações podem envolver. São discutidas as implicações teóricas e práticas deste estudo, as suas limitações e estudos futuros.

Palavras-chave: Psicologia clínica e da saúde, psicologia da personalidade, psicologia das organizações, riscos psicossociais no trabalho, comportamentos ofensivos, pensamento construtivo, hostilidade.

*Códigos de Classificação (Associação Americana de Psicologia):*

**2100 General Psychology**

**2223** Inventários e Escalas de Personalidade

**3140** Teorias de Personalidade

**3360** Psicologia da Saúde & Medicina

**3670** Condições de Trabalho & Segurança Industrial

### **Abstract**

The results of the 5th European Working Conditions Survey (Eurofound, 2012) revealed that one in five European workers reported low psychological well-being. These issues and their consequences show that the workplace is an important social context to approach mental health problems and to promote health and psychological well-being.

In recent years, there has been an increasing concern among countries to prevent psychosocial risks by recognizing their impact on workers' health and safety, notably by introducing legislation requiring employers to identify predictable risks. The nature of psychosocial risks is complex and covers three-dimensional aspects related to workers, the work environment and work itself and affecting the health of individuals through psychological and physiological processes. In this context, exposure to offensive behavior at work can have profoundly negative consequences for the workers' health and well-being.

Having as a theoretical framework the job demands-resources model (model JD-R, e.g., Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001) and the Cognitive-Experiential Self-Theory (CEST, e.g., Epstein, 1973) this study aimed to (1) identify the psychosocial risks present in the work environment in order to be able to prevent them and propose intervention measures to the organization under study; (2) relate psychosocial risks to psychopathological symptoms and absenteeism; (3) analyze the extent to which constructive thinking can moderate the impact of psychosocial risks on psychopathological symptoms. Participants were 233 workers exposed to different psychosocial risks, namely shift work and contact with the client. The results show that the impact of exposure to offensive behavior in hostility increases when participants present polarized thinking, distrust of others, and superstitious thinking, and decreases in the absence of concern. In conclusion, constructive thinking has the potential to influence the psychological adaptation of individuals to the occupational risks to which they are exposed insofar as it promotes empathy and creativity and good interpersonal relationships. Thus, constructive thinking can be seen as a personal resource that makes the person more functional in their interactions with the client, protecting it from the physical and psychological costs that these interactions may involve. The theoretical and practical implications of this study, its limitations, and future studies are discussed.

**Keywords:** Clinical and health psychology, personality psychology, organizational psychology, occupational psychosocial risks, offensive behavior, constructive thinking, hostility.

Classification Codes (American Psychological Association):

**2100 General Psychology**

**2223 Personality Scales & Inventories**

**3140 Personality Theory**

**3360 Health Psychology & Medicine**

**3670 Working Conditions & Industrial Safety**

## AGRADECIMENTOS

É com grande satisfação que manifesto aqui o meu sincero agradecimento a todas as pessoas e organizações que viabilizaram a realização deste trabalho.

Agradeço ao Professor Doutor Telmo Baptista por ter orientado de forma primorosa este projeto e por ter acreditado nele. Quero também expressar a minha admiração pelo seu dinamismo e por toda a sinergia que consegue gerar à sua volta.

Reconheço o meu profundo agradecimento ao corpo docente da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, por me terem estimulado intelectualmente, muito especialmente aos Professores do Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa.

Agracio também todos os colegas e amigos, Adriana Santos, Maria Pinheiro, Inês Ventura, Joice Worm, Vanda Igreja, Augusta Carvalho, Pedro Pina e Carlos Encantado, com quem foi sempre um prazer trabalhar pela aprendizagem constante que me proporcionaram.

Ao meu fiel colega e amigo, João Areosa, pela sua bondade, pelo seu inestimável amparo e por pela sua valiosa ajuda na revisão desta tese.

Estou também muito grata aos trabalhadores da empresa de “acolhimento” sem o qual este trabalho não teria sido possível.

Uma palavra final muito especial de agradecimento à minha filha Margarida por ter aguentado mais esta!

E claro, ao Amor ...





*“A maioria pensa com a sensibilidade, e eu sinto com o pensamento. Para o homem vulgar, sentir é viver e pensar é saber viver. Para mim, pensar é viver e sentir não é mais que o alimento de pensar”.*

Fernando Pessoa

## Índice Geral

<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
1.1. Saúde Mental no Local de Trabalho .....	1
1.2. Relação entre Fatores de Risco Psicossociais e a Saúde Mental .....	2
1.2.1. Exposição aos Comportamentos Ofensivos no Local de Trabalho: Um Risco Psicossocial Emergente no Atendimento ao Cliente .....	3
<b>2. Objetivos e Contributos Gerais .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Enquadramento Teórico .....</b>	<b>6</b>
3.1. Aplicação do Modelo de Exigências-Recursos no Trabalho (Modelo JD-R) ao Estudo dos Fatores de Risco Psicossociais no Trabalho .....	6
3.2. O Papel do Pensamento Construtivo na Relação entre os Fatores de Risco Psicossociais e a Adaptação Psicológica .....	10
3.2.1. Base Conceptual: <i>Cognitive-experiential self-theory</i> .....	11
3.2.1.1. A CEST e as Teorias Psicodinâmicas .....	16
<b>4. Método .....</b>	<b>19</b>
4.1. Procedimentos .....	19
4.2. Participantes .....	20
4.3. Instrumentos .....	21
<b>5. Resultados .....</b>	<b>25</b>
5.1. Análise de Dados .....	25
5.2. Validade Estrutural do IPC .....	26
5.2.1. Análise Fatorial Exploratória .....	28
5.2.1.1. <i>Coping</i> Comportamental .....	29
5.2.1.2. <i>Coping</i> Emocional .....	30
5.2.1.3. Pensamento Categorial .....	31
5.2.1.4. Otimismo Ingénuo .....	31
5.2.1.5. Pensamento Supersticioso .....	33
5.3. Validade das Variáveis Critério .....	37
5.4. Estatísticas Descritivas .....	37
5.4.1. Diferenças Demográficas .....	52
5.4.1.1. Relação entre as Variáveis Demográficas e os Riscos Psicossociais no Trabalho .....	52
5.4.1.2. Relação entre as Variáveis Demográficas e os Sintomas Psicopatológicos .....	53
5.4.1.3. Relação entre as Variáveis Demográficas e o Pensamento Construtivo .....	54
5.5. Validade Preditiva dos Riscos Psicossociais nos Sintomas Psicopatológicos .....	54

5.6. Efeito Moderador do Pensamento Construtivo na Relação entre os Riscos Psicossociais e os Sintomas Psicopatológicos .....	58
5.6.1. Efeito Moderador do Pensamento Polarizado .....	58
5.6.2. Efeito Moderador da Desconfiança dos Outros .....	59
5.6.3. Efeito Moderador da Ausência de Preocupação ( <i>Coping</i> Emocional) .....	60
5.6.4. Efeito Moderador do Pensamento Supersticioso .....	61
<b>6. Discussão .....</b>	<b>62</b>
Referências .....	74
Anexo .....	83

### Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Mediação Proposto .....	9
Figura 2. Modelo de Moderação Proposto .....	19
Figura 3. Riscos Psicossociais (Tercis) .....	41
Figura 4. Comparação da Média da Amostra com os Valores de Referência para a População Ativa Portuguesa das Subescalas do COPSOQ-II .....	43
Figura 5. Efeito de Moderação do Pensamento Polarizado na Relação entre os Comportamentos Ofensivos e a Hostilidade .....	59
Figura 6. Efeito de Moderação da Desconfiança dos Outros na Relação entre os Comportamentos Ofensivos e a Hostilidade .....	60
Figura 7. Efeito de Moderação da Ausência de Preocupação na Relação entre os Comportamentos Ofensivos e a Hostilidade .....	61
Figura 8. Efeito de Moderação do Pensamento Supersticioso na Relação entre os Comportamentos Ofensivos e a Hostilidade .....	62

### Índice de Quadros

Quadro 1. Comparação entre o Sistema Experiencial e o Sistema Racional .....	16
--	----

### Índice de Tabelas

Tabela 1. Absentismo Objetivo vs. Absentismo Subjetivo (auto-relatado) em 2017 .....	21
--	----

Tabela 2. Pesos fatoriais de cada item nos fatores retidos, comunalidades e <i>eigenvalues</i> após uma AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais (rotação <i>Varimax</i> ) .....	34
Tabela 3. Escalas do IPC – Pensamento Construtivo .....	36
Tabela 4. Correlações entre as Subescalas do COPSOQ II - Riscos Psicossociais no Trabalho ( <i>Pearson</i> ) .....	40
Tabela 5. Comparação entre as Médias e Desvios Padrão na Amostra com os Valores de Referência para a População Ativa Portuguesa .....	42
Tabela 6. Comparação entre as Médias e Desvios-Padrão dos Sintomas Psicopatológicos na Amostra, na População Geral e nas Perturbações Emocionais .....	44
Tabela 7. Correlações entre Subescalas do COPSOC-II e as do BSI ( <i>Pearson</i> ) .....	45
Tabela 8. Correlações entre as Subescalas do COPSOC - II e as do IPC ( <i>Pearson</i> ) .....	48
Tabela 9. Correlações entre as Subescalas do BSI e as do IPC ( <i>Pearson</i> ) .....	51
Tabela 10. Resultados da Regressão Hierárquica para a Predição dos Sintomas Psicopatológicos a partir dos Riscos Psicossociais no Trabalho (Beta) .....	57

## Índice de Anexos

Anexo 1. Consentimento Informado .....	83
--	----

## 1. Introdução

### 1.1. Saúde Mental no Local de Trabalho

Estimativas sugerem que 25% dos cidadãos europeus irão experimentar um problema de saúde mental ao longo da vida e, aproximadamente, 10% dos problemas de saúde de longo prazo e incapacidades podem estar relacionadas com perturbações mentais e emocionais (ENWHP - *European Network for Workplace Health Promotion*, 2011).

Existe um crescente reconhecimento do impacto económico e social da doença mental e da importância de promover o bem-estar psicológico e prevenir o aparecimento de perturbações mentais e comportamentais.

Estima-se que o custo da depressão atinja o valor de 118 biliões de euros na Europa e de 83.1 biliões de dólares nos EUA (Greenberg, Kessler, Birnbaum, Leong, Lowe, Berglund, & Corey-Lisle, 2003). Estima-se que mais de 27% dos adultos europeus (entre os 18 e os 65 anos) já experienciaram pelo menos uma perturbação mental no último ano, incluindo problemas relacionados com o consumo de substâncias, psicose, depressão, ansiedade e perturbações alimentares (*Eurofound*, 2012). Especificamente, no que se refere à população trabalhadora, os resultados do 5.º Inquérito Europeu das Condições de Trabalho (*Eurofound*, 2012) revelaram que um em cada cinco trabalhadores europeus reportaram baixo bem-estar psicológico. Estima-se que 1-2% apresenta perturbações mentais graves sendo as perturbações mais comuns a depressão e a ansiedade e muitas pessoas podem apresentar manifestações clínicas como por exemplo, problemas de sono, fadiga, irritabilidade, preocupação excessiva, dificuldade de concentração e défice mnésico.

Estas estimativas e as suas consequências mostram que o local de trabalho é um contexto social importante para abordar os problemas de saúde mental e promover a saúde e bem-estar psicológico dos trabalhadores seguindo uma abordagem holística, que inclui a promoção do bem-estar e a prevenção da doença mental. Os problemas de saúde mental têm consequências não só para o funcionamento do trabalhador, mas também da própria organização, na medida em que afetam o desempenho do trabalhador, o absentismo por doença, os acidentes de trabalho e a rotatividade.

## 1.2. *Relação entre Fatores de Risco Psicossociais e a Saúde Mental*

Nos últimos anos, aumentou a preocupação dos diversos países com a prevenção dos riscos psicossociais devido ao reconhecimento do seu impacto na saúde e segurança dos trabalhadores, nomeadamente através da introdução de medidas legislativas que obrigam os empregadores a realizar a identificação de riscos previsíveis não apenas químicos, físicos e biológicos, mas também psicossociais. Em Portugal essa obrigatoriedade legal está prevista na alínea d) do n.º 2 do Artigo 15.º da Lei 102/2009, de 10 de Setembro, alterada pela Lei 3/2014, de 28 de Janeiro<sup>1</sup>.

A natureza dos riscos psicossociais é complexa e cobre três aspetos dimensionais relacionados com os trabalhadores, o ambiente de trabalho e o trabalho em si mesmo. Abrangem características inerentes às condições e organização do trabalho que incluem mas não se limitam às exigências quantitativas (e.g., ritmo de trabalho) e qualitativas do trabalho (e.g., exigências cognitivas e exigências emocionais). Incluem também a falta de controlo sobre o trabalho (e.g., falta de controlo ou escolha do número de horas trabalhadas, influência no trabalho), possibilidades de desenvolvimento, transparência do papel laboral, reconhecimento, recompensas, conflitos e insegurança laboral (e.g., novos modelos de contratos de trabalho), relações interpessoais no local de trabalho (e.g., suporte social das chefias e dos colegas, confiança vertical e horizontal), qualidade da liderança, justiça e respeito, significado do trabalho, compromisso com o local de trabalho, satisfação com o trabalho, conflito trabalho-família e conflitos ofensivos entre outros riscos emergentes. Os riscos psicossociais no trabalho resultam da interação entre o indivíduo e o trabalho e afetam a saúde das pessoas, através de processos psicológicos e fisiológicos.

Especificamente no setor dos transportes, em 2011, a EU-OSHA realizou uma análise aprofundada com o intuito de conhecer ao pormenor os riscos a que os trabalhadores deste setor estão sujeitos, do qual resultou um relatório intitulado “*OSH in figures: Occupational safety and health in the transport sector – An overview*”. De acordo com este relatório, o setor dos transportes apresenta um envelhecimento populacional mais acentuado do que a média global de trabalhadores na Europa. Este dado reafirma a necessidade de formação contínua e acompanhamento dos trabalhadores, quer

---

<sup>1</sup> “O empregador deve zelar, de forma continuada e permanente, pelo exercício da atividade em condições de segurança e de saúde para o trabalhador, tendo em conta os seguintes princípios gerais de prevenção: (...) d) Assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos e aos factores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador” (p. 6170).

devido à evolução tecnológica e às suas novas exigências, quer devido aos aspetos ergonómicos do trabalho, já que os trabalhadores mais velhos poderão ser mais afetados por problemas músculo-esqueléticos que advém de um decréscimo da capacidade física.

Este sector caracteriza-se também pelo facto de a organização de trabalho ser, predominantemente, feita por turnos rotativos, que está associada a perturbações do sono, fadiga, problemas digestivos e a mal-estar geral dos trabalhadores. A nível físico, estes trabalhadores estão também mais expostos a problemas músculo-esqueléticos, perda auditiva e doenças infecciosas devido ao contacto permanente com o público. O setor dos transportes está também fortemente associado a acidentes de trabalho resultantes de colisões, quedas em escadas, escorregadelas e entorses. Especificamente no que diz respeito aos riscos psicossociais neste setor é de destacar o trabalho solitário, o trabalho por turnos, a agressão de clientes e a sobreposição de tarefas. A EU-OSHA considera que a violência é um risco crescente no setor dos transportes e há grande número de casos de violência e assédio no setor dos transportes que não chegam a ser reportados devido a receio de retaliações.

#### *1.2.1. Exposição aos Comportamentos Ofensivos no Local de Trabalho: Um Risco Psicossocial Emergente no Atendimento ao Cliente*

Os trabalhadores passam em média cada vez mais tempo acordados no seu local de trabalho, representando o trabalho uma área significativa da vida de muitos trabalhadores. Se o trabalho tem muitos aspetos positivos e pode preencher muitas necessidades humanas, como necessidades de afiliação, necessidade de controlo e de auto-atualização (Bradley, McColl-Kennedy, Sparks, Jimmieson, & Zapf, 2010), ir trabalhar pode nem sempre ser agradável. Os resultados do 5.º Inquérito Europeu das Condições de Trabalho (*Eurofound*, 2012) revelaram que 11% dos trabalhadores reportaram que foram expostos a abuso verbal nos dois meses anteriores ao inquérito e 2% disseram que foram expostos a violência física no último ano. Considerando o impacto que a satisfação com o trabalho tem na nossa satisfação em geral não é surpreendente que a exposição à agressão de chefias, colegas, subordinados ou clientes pode assumir consequências profundamente negativas para a saúde e bem estar dos trabalhadores.



Nas últimas décadas houve um crescimento considerável do número de investigações conduzidas sobre as consequências negativas da agressão no local de trabalho e construtos relacionados como maus tratos no local de trabalho, incivilidade, abuso, assédio, *mobbing* e vitimização.

De acordo com Schat e Kelloway (2005) a agressão no local de trabalho pode ser definida como o comportamento de uma pessoa ou pessoas dentro ou fora da organização que tem a intenção de causar danos físicos ou psicológicos a um trabalhador ou trabalhadores e que ocorre num contexto relacionado com o trabalho. Na perspectiva de Buss (1961) o comportamento agressivo pode ser classificado em termos de três dicotomias: verbal-físico, direto-indireto e ativo-passivo. As formas verbais de agressão envolvem causar dano a outros através das palavras e não de ações, enquanto as formas físicas envolvem ações diretas. As formas diretas de agressão são refletidas através de comportamentos exercidos diretamente na vítima, enquanto as formas indiretas envolvem ações de outros agentes ou investidas em pessoas ou objetos valorizados pela vítima. A agressão ativa produz danos através do desempenho de um comportamento enquanto a agressão passiva produz danos através da retenção do comportamento. Estudos sobre a prevalência da agressão no trabalho mostram que as formas de agressão verbal e passiva são mais frequentes das que as formas física e ativa de agressão (Schat, Frone, & Kelloway, 2006).

A literatura estabeleceu uma relação firme entre a agressão e a saúde. Especificamente, a exposição à agressão está significativamente associada à ansiedade (e.g., Baruch, 2005; Mikkelsen, & Einarsen, 2002), depressão (e.g., Hansen et al., 2006; Hauge, Skogstad, & Einarsen, 2010), sintomas psicossomáticos (Zapf, Knorz, & Kulla, 1996), problemas musculo-esqueléticos (e.g., Kivimäki et al., 2004; Vie, Glasø, & Einarsen, 2012) e sintomas de stress pós-traumático (e.g., Balducci, Alfano, & Fraccaroli, 2009; Mikkelsen, & Einarsen, 2002). Também foram estabelecidas relações entre a exposição à agressão e perturbações do sono (Niedhammer et al., 2009; Rodríguez-Muñoz, Notelaers, & Moreno-Jiménez, 2011), fadiga crónica (Høgh, Borg, & Mikkelsen, 2003), *burnout* (Deery, Walsh, & Guest, 2011; Winstanley, & Whittington, 2002) e raiva (Vie, Glasø, & Einarsen, 2010).

## 2. Objetivos e Contributos Gerais

Este trabalho teve por objetivo geral avaliar o papel do pensamento construtivo na adaptação psicológica aos riscos psicossociais no trabalho, numa amostra de trabalhadores de uma empresa portuguesa do setor dos transportes que realiza regularmente o atendimento ao cliente. Especificamente, pretendeu:

1. Identificar os riscos psicossociais presentes no ambiente de trabalho de forma a ser possível preveni-los e propor medidas de intervenção à organização estudada;
2. Relacionar os riscos psicossociais com os sintomas psicopatológicos e o absentismo;
3. Analisar em que medida é que o pensamento construtivo pode moderar o impacto dos riscos psicossociais nos sintomas psicopatológicos.

Tendo em conta os objetivos definidos, podem ser identificados os contributos gerais desta tese, quer ao nível teórico, quer ao nível aplicado. De um ponto de vista teórico, há a salientar o facto do pensamento construtivo ter sido pouco abordado pela literatura, nomeadamente no que se refere à sua relação com outras variáveis e de que forma é que essa relação se pode traduzir em melhor saúde e bem-estar psicológico. De acordo com o nosso conhecimento, os estudos existentes foram, essencialmente, estudos laboratoriais realizados com estudantes. Por outro lado, ao nível metodológico, o presente estudo, para além de incluir dados de auto-relato, obteve dados objetivos sobre o absentismo (taxa de absentismo de 2015-2017).

Relativamente aos seus contributos práticos, importa destacar que a identificação dos fatores de risco psicossociais, que estão relacionados com os sintomas psicopatológicos e absentismo, permitirá à organização estudada compreender as causas do absentismo por doença e identificar as potenciais características das funções estudadas que constituem um risco para a saúde e bem-estar e introduzir possíveis melhorias na organização do trabalho. A identificação de riscos, mais do que uma imposição legal, deve ser vista como uma estratégia eficaz de sinalização das áreas em que é necessário prevenir. Os resultados deste estudo também permitirão à organização identificar os tipos de pensamento mais construtivos e mais adaptativos aos fatores de risco psicossociais encontrados.

### 3. Enquadramento Teórico

#### 3.1. *Aplicação do Modelo de Exigências-Recursos no Trabalho (Modelo JD-R) ao Estudo dos Fatores de Risco Psicossociais no Trabalho*

O modelo de exigências-recursos no trabalho (modelo JD-R) é uma das teorias mais populares na psicologia da saúde ocupacional (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001). Este modelo descreve as relações entre as características do trabalho e vários *outcomes* (e.g., saúde, bem-estar, absentismo e desempenho) podendo, por isso, constituir um enquadramento teórico e aplicado relevante para a compreensão dos fatores de risco psicossociais no trabalho. A versão mais recente desta teoria defende que as elevadas exigências das tarefas conduzem a elevados níveis de stress e a problemas de saúde (*processo de comprometimento energético e da saúde*), enquanto a presença de elevados níveis de recursos no trabalho resulta em elevados níveis de motivação e num excelente desempenho (*processo motivacional*). Assim, a presença de elevadas exigências e baixos recursos conduz a uma diminuição gradual da energia mental (*burnout*) que, por sua vez, pode conduzir ao desenvolvimento de outros problemas de saúde e bem estar. Já algumas características do trabalho (recursos) têm qualidades inerentemente motivacionais (e.g., Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014).

A maior inovação do modelo JD-R consiste exatamente no facto de combinar a conceptualização de exigências e recursos de Lee e Ashforth (1996) com as primeiras noções acerca dos efeitos das exigências e recursos na saúde e bem estar dos trabalhadores. Ao contrário dos primeiros modelos que se limitaram a um conjunto particular de exigências e recursos, o modelo JD-R propõe que *qualquer* exigência e recurso do trabalho podem afetar a saúde e o bem estar do trabalhadores. Este modelo pode ser aplicado a diferentes contextos ocupacionais (Bakker & Demerouti, 2007).

Desde a sua primeira publicação em 2000, o modelo JD-R foi sendo modificado e estendido. Enquanto a primeira versão do modelo focou o *burnout* como *outcome* principal, as últimas versões incorporam *outcomes* mais diversificados e mais antecedentes, incluindo recursos relacionados com o trabalho e recursos pessoais. Os recursos pessoais são definidos como autoavaliações positivas que estão associadas à resiliência e referem-se à percepção que as pessoas têm

da sua capacidade de controlar o seu ambiente de forma bem sucedida (Hobfoll, Johnson, Ennis, & Jackson, 2003). Os recursos pessoais (*a*) tornam as pessoas mais funcionais no atingir dos objetivos, (*b*) protegem as pessoas de ameaças e dos seus custos físicos e psicológicos e (*c*) estimulam o crescimento pessoal e o desenvolvimento (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2009). Quanto mais recursos individuais a pessoa tiver, mais positivamente a pessoa se autoavalia e mais objetivos auto-concordantes se espera que experiencie (Judge, Bono, Erez, & Locke, 2005).

Em seguida, será discutida a aplicação deste modelo como enquadramento teórico do estudo dos fatores de risco psicossociais no trabalho e o seu impacto na saúde mental do trabalhadores.

O modelo das exigências-recursos no trabalho postula que qualquer ocupação envolve diferentes fatores de risco associados ao trabalho que são classificados em duas grandes categorias: exigências do trabalho e recursos do trabalho. As exigências do trabalho são definidas como os aspetos físicos, sociais ou organizacionais do trabalho que requerem a manutenção de um esforço físico ou mental e que estão associadas a custos físicos e psicológicos. Exemplo disso são as exigências quantitativas e os ritmos de trabalho elevados e as exigências emocionais resultantes da interação com os clientes (Bakker & Demerouti, 2007). Embora as exigências elevadas nem sempre sejam negativas, tornam-se uma dificuldade quando requerem do indivíduo um esforço para o qual não está preparado. Já os recursos do trabalho, analogamente aos recursos pessoais, são definidos como os aspetos físicos, sociais e organizacionais do trabalho que podem (*a*) ser funcionais para atingir os objetivos de trabalho, (*b*) reduzir as exigências do trabalho e os custos físicos e psicológicos associados e (*c*) estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento (Demerouti *et al.*, 2001). Os recursos não são apenas necessários para lidar com as exigências do trabalho, mas são em si mesmos importantes. As exigências e os recursos do trabalho interagem entre si para predizer o bem-estar ocupacional. Estes conceitos são suficientemente abrangentes para incluir as primeiras conceptualizações de Karasek e Theorell (1990) e de Siegrist (1996) sobre as exigências do trabalho e os recursos do trabalho.

A literatura identificou dois caminhos através dos quais as exigências e os recursos podem ter um efeito combinado no bem-estar e, indiretamente, influenciar o desempenho. A primeira interação vai no sentido de que os recursos do trabalho podem mitigar o impacto das exigências do trabalho no stress, incluindo no *burnout* (e.g., Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005). Os trabalhadores que têm muitos recursos do trabalho disponíveis conseguem lidar melhor com as exigências do seu trabalho. A segunda interação vai no sentido de que as exigências do trabalho aumentam o impacto dos recursos do trabalho na motivação. Ou seja, os recursos do trabalho tornam-

se mais salientes e têm um impacto mais positivo no envolvimento no trabalho quando as exigências do trabalho são elevadas. Quando um trabalhador é confrontado com exigências do trabalho desafiantes, os recursos do trabalho são mais valiosos e aumentam a dedicação em relação às tarefas.

Embora os recursos pessoais possam parecer semelhantes aos recursos no trabalho pelo facto de serem instrumentais no atingir dos objetivos, esta semelhança não implica que ambas as categorias tenham um lugar idêntico no modelo de JD-R. Os recursos no trabalho habitualmente são posicionados como antecedentes especialmente da motivação e, algumas vezes, da tensão (talvez em interação com as exigências do trabalho). Os recursos pessoais, pelo que sabemos, foram incluídos pelo menos de cinco formas diferentes: (1) *antecedentes* da motivação e tensão; (2) *moderadores* da associação entre as características do trabalho e os *outcomes*; (3) *mediadores* das relações entre as características do trabalho e os *outcomes*; (4) *antecedentes* das características do trabalho; e (5) podem ainda agir como um confundidor (“*confounding variable*”) das associações entre as exigências do trabalho, recursos do trabalho e os *outcomes*.

A definição de recursos pessoais sugere que estes podem afetar a magnitude das associações entre as exigências/recursos, por um lado, e os *outcomes*, por outro. Teoricamente, de acordo com o modelo JD-R, os efeitos adversos das elevadas exigências do trabalho na tensão podem ser mitigadas por elevados níveis de recursos pessoais e os efeitos positivos já existentes, dos elevados recursos na motivação, podem ser aumentados através de elevados recursos pessoais.

A abordagem aplicada mais comum em estudos de intervenção baseados no modelo JD-R consiste na identificação dos antecedentes relacionados com o trabalho que explicam um tipo particular de *outcome* significativo para a organização, profissões ou trabalhos em estudo, em conjugação com características pessoais. A decisão relativamente às exigências, recursos e *outcomes* que são relevantes para uma situação específica pode requerer o *input* de agentes chave sejam estes da HRM, gestão da empresa, profissionais da saúde ocupacional, ou outros (Schaufeli, & Taris, 2014).

A investigação baseada neste modelo tem uma forte componente prática, isto é, a partir da identificação e mapeamento dos antecedentes de bem-estar, motivação e saúde e outros *outcomes*, poderão ser desenhadas e implementadas intervenções com vista a focar determinados problemas e preocupações. O modelo JD-R ajusta-se bem a um processo cíclico que começa com uma questão prática ou mesmo um problema (e.g., Como é que os trabalhadores desta organização percebem os riscos psicossociais no seu trabalho? Como é que se pode prevenir ou mitigar os custos físicos e psicológicos da exposição a esses riscos? Como é que se pode aumentar a motivação dos

trabalhadores? Como é que se pode reduzir o absentismo num determinado departamento ou função?).

A avaliação de riscos psicossociais no trabalho foi, em grande parte, inspirada no modelo JD-R e pode ajudar no diagnóstico de aspetos problemáticos da organização. As organizações, a partir dos resultados deste diagnóstico, tendem a implementar medidas de intervenção direcionadas para os riscos relacionados com o trabalho presentes na organização. Portanto, o modelo JD-R não constitui apenas um enquadramento teórico relevante para académicos, mas constitui um modelo de referência a nível aplicado, pelo facto dos resultados gerados pelo modelo poderem ser facilmente traduzidos em aplicações práticas e intervenções (Schaufeli, & Taris, 2013).

Tendo por base o modelo JD-R poderá dizer-se que os riscos psicossociais emergem quando existe um desequilíbrio entre as exigências psicossociais do trabalho e os recursos pessoais das pessoas. Por exemplo, as exigência quantitativas, isto é, a quantidade de trabalho exigida e o tempo necessário para completar uma tarefa, e a sobrecarga qualitativa ocorre quando os recursos e as competências do próprio indivíduo são insuficientes para dar resposta às exigências do trabalho. Muitos estudos discutiram a importância quer das exigências quantitativas, quer das exigências qualitativas enquanto preditores importantes da saúde e bem-estar dos trabalhadores (Leka & Houdmont, 2010).

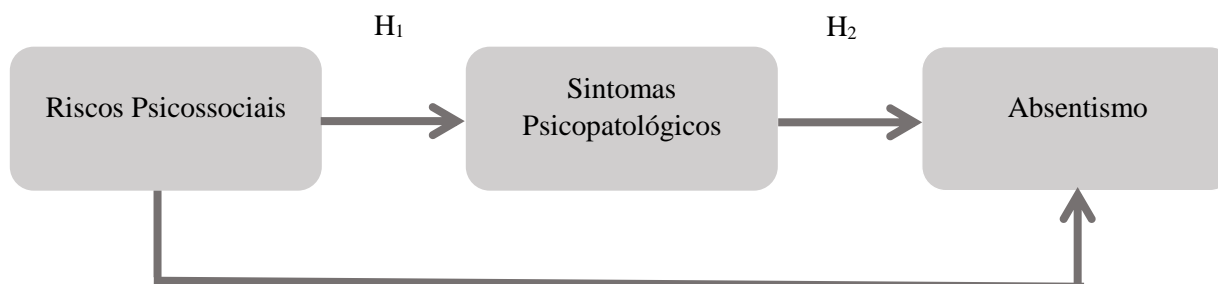


Figura 1. Modelo de Mediação Proposto

Poderá assim hipotetizar-se que:

Hipótese 1 (H<sub>1</sub>): Os riscos psicossociais têm um efeito direto e positivo nos sintomas psicopatológicos.

Hipótese 2 (H<sub>2</sub>): Os sintomas psicopatológicos têm um efeito direto e positivo no absentismo.

### 3.2. O Papel do Pensamento Construtivo na Relação entre os Fatores de Risco Psicossociais e a Adaptação Psicológica

A identificação dos fatores de risco psicossociais assume especial importância e é um componente crítico de uma estratégia geral das organizações para melhorar a saúde e o bem-estar no trabalho. No entanto, tal não é suficiente. Perante a exposição aos mesmos fatores de risco psicossociais existem trabalhadores que apresentam uma boa adaptação aos mesmos e outros não. É pouco provável que todos reajam à exposição aos riscos psicossociais da mesma forma. O modo como os trabalhadores respondem aos fatores de risco psicossociais está dependente de um conjunto de características pessoais e organizacionais, como sejam a personalidade e outras disposições individuais como a idade, experiência, resiliência, cognição, suporte social e comportamentos de  *coping*.

Dejours (2013) para além de ter estudado amplamente as doenças mentais que estão relacionadas com o trabalho, incluiu na sua investigação os recursos psíquicos mobilizados pelas pessoas que conseguem resistir aos efeitos nocivos provocados pelos constrangimentos laborais, conseguindo assim permanecer na normalidade. Deste estudo resultou a sua descoberta das estratégias de defesa contra o sofrimento no trabalho.

Os modelos de moderação podem ser usados para explicar que variáveis afetam a relação entre os riscos psicossociais e vários *outcomes* relacionados com a saúde e bem-estar. Portanto, os modelos de moderação explicam *quando* e *em que* condições é que os riscos psicossociais estão relacionados com a saúde e bem-estar. Muitos modelos estão alinhados com o modelo transacional de stress (Lazarus & Folkman, 1984) que propõe que a natureza e severidade das reações à exposição a um determinado stressor depende da interrelação dinâmica entre as características do evento e a avaliação individual e os processos  *coping*.

A investigação tem focado extensivamente as disposições de  *coping* relevantes (e.g., Aspinwall, & Taylor, 1992; Cohen, & Lazarus, 1994; Krohne, 1993; Scheirer, Carver, & Bridges, 1994; Schwartz, Lerman, Miller, Daly, & Masny, 1995). O conhecimento acerca de como é que as

disposições pessoais estão relacionadas com o *coping* e o *stress* podem ter implicações importantes para a prática clínica (e.g., ajudar as pessoas a lidar de forma mais adaptativa com o *stress* (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). No entanto, um tipo de *coping* que pode ser eficaz para umas pessoas, numa determinada situação, pode ser ineficaz quando usado pela mesma pessoa mas nouro contexto, ou por uma pessoa diferente na mesma situação.

Várias disposições relacionadas com o *coping* foram propostas. Entre elas está o pensamento construtivo, variável de *coping* ainda pouco investigada, medida pelo Inventário de Pensamento Construtivo (IPC; Epstein & Meier, 1989). O pensamento construtivo envolve a capacidade de pensar e resolver problemas do dia-a-dia com o mínimo de *stress* (Epstein, & Katz, 1992; Epstein, & Meier, 1989). As pessoas com elevado pensamento construtivo são capazes de rever o seu pensamento para ir ao encontro das exigências das várias situações. Isto, por sua vez, leva-as a sentirem-se melhor consigo próprias e com os outros, a lidar melhor com as emoções negativas e a agir de forma mais eficaz.

A literatura sobre o pensamento construtivo indica que esta variável está associada ao funcionamento adaptativo, refletindo-se no bem-estar físico e emocional (Epstein, 1993; Epstein & Katz, 1992; Epstein & Meier, 1989; Feist, Bodner, Jacobs, Miles, & Tan, 1995; Morgan & Janoff-Bulman, 1994), bem como no sucesso em áreas importantes da vida.

Em suma, o pensamento construtivo parece ser uma variável desafiadora, para uma melhor compreensão dos processos de *coping* e de adaptação aos fatores de risco psicossociais no trabalho. Várias questões continuam por responder, nomeadamente no que se refere à sua relação com outras variáveis e de que forma é que essa relação se pode traduzir em melhor saúde mental e bem-estar.

No presente estudo entendemos que o pensamento construtivo pode ser visto como um recurso pessoal que poderá moderar o efeito dos riscos psicossociais na saúde mental. Por se considerar que o pensamento construtivo é uma variável central no presente estudo, no ponto seguinte será descrito detalhadamente o enquadramento conceptual e a operacionalização deste construto.

### 3.2.1. *Base Conceptual: Cognitive-experiential self-theory*



A *Cognitive-Experiential Self-Theory* (CEST) é uma teoria da personalidade que foi introduzida pela primeira vez por Epstein em 1973 (Epstein, 1973). A partir daí foram desenvolvidos os primeiros estudos que aprofundaram a teoria (Epstein, 1976, 1980, 1981, 1983, 1985, 1987, 1990a e 1990b; Epstein & Erskin, 1983; Epstein & Meier, 1989).

A CEST integra o “*inconsciente*” cognitivo e o psicodinâmico, assumindo que existem dois modos de processamento da informação paralelos interativos: um sistema racional e um sistema experiencial emocionalmente orientado. O suporte para esta teoria provém da convergência de várias teorias sobre dois modos de processamento similares: por fenómenos da vida real – como conflitos entre as emoções e a mente; o apelo das representações concretas, imagéticas e narrativas; pensamento supersticioso; ubiquidade da religião através da história registada – e pela investigação laboratorial, incluindo a predição de novos fenómenos no pensamento heurístico.

As teorias fora da tradição psicanalítica formularam uma nova visão do inconsciente. Este novo inconsciente, algumas vezes referido como “*inconsciente cognitivo*” é um sistema adaptativo que automaticamente organiza a experiência e dirige o comportamento. Contrariamente ao pensamento de Freud, que assumia que toda a informação seria consciente na ausência da repressão, conceitos mais recentes defendem que a maior parte do processamento da informação ocorre fora da consciência, automaticamente e sem esforço.

A transformação do que acontece no pensamento das pessoas quando estão emocionalmente ativadas é ilustrativa de que a forma como as pessoas pensam muda muito quando as pessoas são mais emotivas. Ou seja, as pessoas quando são muito emocionais, geralmente, pensam de uma forma categorial, pessoal, concreta, não reflexiva e orientada para a ação e quanto mais forte é a emoção mais pensam dessa forma e mais o seu pensamento lhes parece válido.

As emoções são produzidas pela interpretação pré-consciente dos eventos. As pessoas ficam zangadas, tristes, ou assustadas não em resultado direto do que objetivamente ocorreu, mas em resultado da forma como interpretaram o que aconteceu. Os pensamentos automáticos que são instigadores eficazes dessas emoções ocorrem tão automática e rapidamente que impedem o pensamento deliberativo, sequencial, analítico que é característico do sistema racional. Esse pensamento pré-consciente sugere que um modo de processamento de informação opera por diferentes princípios de um pensamento mais deliberativo e analítico.

As pessoas, intuitivamente, têm consciência de duas formas diferentes de pensamento, uma associada aos sentimentos e à experiência e outra ao intelecto. Fala-se, vulgarmente, num conflito entre a “*cabeça e o coração*”. As avaliações são o produto de cognições e os conflitos entre a cabeça e o coração são necessariamente entre dois processos cognitivos, um associado às emoções e o outro não. Na perspectiva da CEST, o primeiro corresponde ao modo de processamento do sistema experiencial, que está intimamente ligado ao afeto, e o segundo corresponde ao modo de processamento do sistema racional, que é relativamente livre de afeto.

As narrativas apelam ao sistema experiencial porque são emocionalmente carregadas e representam eventos de uma forma semelhante à que foi experimentada na vida real, envolvendo a sua localização no espaço e no tempo, personagens orientadas para objetivos cenas sequenciais (Bruner, 1986). Não é por acaso que a Bíblia ensina a moralidade através de parábolas e histórias e não através do discurso filosófico (ver Vitz, 1990 para uma discussão sobre o ensino da moralidade através de histórias).

Os medos irracionais mostram que existe um modo de processamento irracional. As pessoas, muitas vezes, mantêm as suas crenças irrealistas negativas com grande custo pessoal, apesar de reconhecerem que são irracionais. Muitas pessoas que têm medo de andar de avião sabem o quanto o seu medo é irracional e, paradoxalmente, sentem-se mais seguras em situações que racionalmente reconhecem ser mais perigosas. Em 1991, uma companhia aérea comercial teve que voltar para trás porque os passageiros começaram a fugir aos gritos quando um rato foi visto a bordo, pondo dessa forma em risco a estabilidade do avião. O grau de perigo objetivo produzido pelos seus comportamentos calculado pelo sistema racional não coincidia com a ameaça posta pelo rato, avaliada pelo sistema experiencial.

O pensamento supersticioso é uma forma extrema muito comum de pensamento irracional. Existem muitos exemplos de que o pensamento irracional é muito prevalente e que, mesmo quando as pessoas estão sabem que o seu pensamento é irracional, acham que é mais importante do que o racional. Tversky e Kahneman (1974, 1983) introduziram o conceito de heurísticas para explicar o pensamento intuitivo. Segundo estes autores existem duas formas comuns de pensamento – um modo *natural* e intuitivo e um modo *extensional* e lógico.

De acordo com a CEST, todas as pessoas desenvolvem uma teoria implícita da realidade. Esta teoria é um conjunto de esquemas organizado hierarquicamente. Os esquemas mais básicos são o que Epstein designa por “*postulados*”. Os quatro postulados básicos incluem o grau em que o mundo

é visto como *bom* versus *mau* e como significativo (incluindo previsível, controlável e justo), o grau em que os outros são vistos favoravelmente, mais do que como uma ameaça, e o grau em que o *Self* é visto como tendo valor (incluindo competente, bom e que merece ser amado). À medida que se desce na hierarquia, os esquemas tornam-se mais específicos e mais relacionados com a experiência direta. O nível mais baixo de esquemas são as cognições específicas às situações.

As crenças básicas são de dois tipos: crenças ou esquemas “descritivos” e “motivacionais”. Os esquemas descritivos são crenças acerca do que é o *Self* e o mundo. Os esquemas motivacionais são crenças acerca do que a pessoa deve fazer para obter o que deseja e evitar o que não deseja. As crenças motivacionais, tal como outros esquemas no sistema experiencial, derivam principalmente das experiências emocionalmente significativas. Por exemplo, uma pessoa rejeitada pela mãe ou pai (esquema de rejeição) poderá desenvolver a crença de que o mundo é mau e não confiável (crenças descritivas) e de que a sua motivação é atingir os seus objetivos sem se vincular aos outros (crenças motivacionais).

As teorias pessoais da realidade, tal como as teorias científicas, têm por objetivo, organizar os dados da experiência e orientar o comportamento. As pessoas estão motivadas para viver a sua vida de uma forma emocionalmente satisfatória. As teorias pessoais da realidade têm quatro funções básicas: (1) assimilar os dados da realidade; (2) manter o equilíbrio entre o prazer e a dor; (3) manter a relação com os outros; (4) preservar um nível favorável de autoestima. De acordo com a teoria da aprendizagem social e a psicanálise, a principal motivação do comportamento humano é a procura do prazer e o evitamento da dor – “*princípio do prazer*”. Dejours (2013) abordou extensivamente a sublimação entre o sofrimento e o prazer no trabalho. A importância de manter relações com os outros é enfatizada pela teoria de Bowlby (1973) e pela teoria das relações objetais (Cashdan, 1988). De acordo com a CEST, estas motivações têm um papel central e qualquer uma delas pode dominar as outras, dependendo do indivíduo e das circunstâncias.

De acordo com a CEST existem três sistemas semi-independentes: um sistema racional, um sistema experiencial e um sistema associacionista. O sistema racional opera de acordo com regras de lógica socialmente estabelecidas e consideração de evidências e funciona, principalmente, ao nível do consciente. O sistema experiencial tem as suas próprias regras de inferência e evidência e opera ao nível pré-consciente. Comparativamente com o sistema racional, o sistema experiencial é mais holístico, mais organizado, mais categorial, utiliza mais a metaforização e a imaginação, é experienciado passivamente e como auto-evidência válida e está intimamente associado às emoções. Em geral, está orientado para a ação imediata e processa a informação mais rapidamente do que o

sistema racional. Os dois sistemas operam por diferentes regras e têm diferentes atributos, operam em paralelo e são bidirecionais e interativos. Portanto, de acordo com a CEST, o sistema experiencial está intimamente associado às emoções. A forma como a pessoa pensa, automaticamente, determina a forma como sente. Geralmente operam harmoniosa e sinergicamente. No entanto, por vezes, formam conflitos entre si que interferem no desempenho. O sistema associacionista, que pode ser observado em estados alterados de consciência, como durante o sonho, funciona a um nível inconsciente e corresponde, em grande medida, àquilo que Freud (1900/1965) designava por processo de pensamento primário<sup>2</sup>.

A CEST assume que a percepção e comportamento no dia-a-dia é, largamente, automática, organizada e dirigida pelo sistema conceptual experiencial. No entanto, se se pedir às pessoas para explicarem o seu comportamento, elas irão habitualmente atribuí-lo ao sistema racional, isto é, irão racionalizar o seu comportamento. Uma vez que o comportamento no dia-a-dia é, principalmente, determinado pelo sistema experiencial, a inteligência experiencial deverá desempenhar um papel fundamental na determinação da forma como vivemos. Embora o sistema racional seja superior na resolução de problemas mais intelectuais e seja importantíssimo para o bom ajustamento, o sistema experiencial é superior em relação a capacidades e atributos não intelectuais, promovendo a empatia e a criatividade e boas relações interpessoais (ver Quadro 1 para uma comparação entre o sistema racional e o sistema experiencial).

Perguntará o leitor, se o sistema experiencial opera a um nível pré-consciente, poderá questionar-se como é que pode ser auto-relatado? A resposta é que tudo o que é pedido é que as pessoas reportem o seu nível de consciência das consequências do seu pensamento pré-consciente, nomeadamente os pensamentos habituais de que têm consciência e não os processos interpretativos e de tomada de decisão pré-conscientes subjacentes que desencadeiam e mantêm esses pensamentos. O foco é no papel da cognição pré-consciente na interpretação dos eventos e na determinação do comportamento.

---

<sup>2</sup> Freud considerava que o seu livro mais proeminente era a *Interpretação de Sonhos* (Freud, 1900) porque foi neste livro que ele propôs os princípios através dos quais opera o inconsciente. Um designado por processo primário, distinto de um modo de pensamento mais lógico e realista que atribuía ao processo secundário.

Quadro 1. *Comparação entre o Sistema Experiencial e o Sistema Racional*

<b>Sistema Experiencial</b>	<b>Sistema Racional</b>
Holístico	Analítico
Emocional: orientado para o prazer-dor (o que nos faz sentir bem)	Lógico: orientado para a razão (o que é sensato)
Comportamento mediado por ecos de experiências passadas	Comportamento mediado pela avaliação consciente dos eventos
Codifica a realidade em imagens concretas e metáforas	Codificada a realidade em símbolos abstratos: palavras e números
Processamento rápido: orientado para a ação imediata	Processamento mais lento: orientado para a ação não imediata
Muda lentamente: muda com a experiência repetitiva, direta ou vicariante	Muda rapidamente: muda com a velocidade de pensamento
Aprende diretamente da experiência	Aprende a partir das representações simbólicas da experiência
Pouco diferenciado e integrado: associacionista, categorial e organizado em complexos emocionais	Muito diferenciado e integrado
Experienciado passivamente e pré-conscientemente: nós aprendemos através das emoções	Atividade experienciada e consciente: nós controlamos os nossos pensamentos
Validade decorre da autoevidência: “experienciar é acreditar”	Requer justificação através da lógica e evidência.

Fonte: Epstein (1990c)

### 3.2.1.1. A CEST e as Teorias Psicodinâmicas

Como vimos anteriormente, de acordo com a CEST, o comportamento é o produto da operação conjunta dos dois sistemas. A sua dominância relativa é determinada por vários parâmetros, incluindo diferenças individuais no estilo de pensamento e variáveis situacionais, como por exemplo o grau em que uma determinada situação é identificada como necessitando de uma análise formal.

A maior parte das teorias de personalidade defendem que existe uma necessidade fundamental. Para Freud (1920/1959) era o princípio do prazer (isto é, a necessidade de maximizar o prazer e minimizar a dor); para Rogers (1959), Lecky (1961) e outros fenomenologistas era a necessidade de manter um sistema conceptual coerente e relativamente estável; para Bowlby (1988), Fairbairn (1954) e outros teóricos da relações objetais era a necessidade de vinculação; e para Adler (1954), Allport (1961) e Kohut (1971) era a necessidade de superar sentimentos de inferioridade e aumentar a autoestima. De acordo com a CEST, as motivações são igualmente importantes e o comportamento é determinado pela sua influência conjunta.

A CEST, em consonância com a psicanálise, reconhece que existe uma interação entre as necessidades, no mesmo e em diferentes níveis de processamento. No entanto, contrariamente à psicanálise que enfatiza o princípio do prazer, a CEST considera três outras necessidades igualmente importantes. Daqui decorrem várias consequências. A primeira é que o comportamento é visto como o resultado das quatro necessidades. A segunda é que as várias necessidades servem de verificações e equilíbrio umas para as outras. Quando uma necessidade é preenchida à custa de outras, a necessidade de satisfazer as outras aumenta. Uma fonte importante de comportamento não adaptativo ocorre quando uma determinada necessidade se torna tão atraente que o preenchimento de outras necessidades é sacrificado. O terceiro princípio é que o bom ajustamento é atingido através do preenchimento das quatro necessidades de uma forma sinérgica e harmoniosa e o mau ajustamento resulta do preenchimento das necessidades de uma forma competitiva e conflituosa.

O sistema experiencial está intimamente associado à experiência do afeto, incluindo “*vibes*”, que se referem a sentimentos subtis de que as pessoas não têm, a maior parte das vezes, consciência. Quando a pessoa responde a um evento emocionalmente significativo, a sequência de reações é a seguinte: o sistema experiencial automaticamente procura memórias de eventos semelhantes. Os sentimentos evocados influenciam o curso de futuros processamentos e reações sob a forma de pensamentos conscientes e inconscientes e ações. Se os sentimentos forem agradáveis, irão motivar pensamentos e ações que reproduzam esses sentimentos. Se os sentimentos forem desagradáveis irão, pelo contrário, motivar pensamentos e ações que evitem esses sentimentos.

Tal como a psicanálise, a CEST defende que existe uma influência dos pensamentos automáticos no comportamento. Em muitas situações, o processamento automático do sistema experiencial domina sobre o sistema racional porque existe menor esforço e é mais eficiente e, por isso, é a primeira opção. Além disso, por estar geralmente associado ao afeto, parece ser experienciado de uma forma mais fascinante do que o pensamento racional. Por outro lado, uma vez

que está fora do domínio da consciência, o sistema racional não consegue controlar o sistema experiencial porque a pessoa não sabe que existe algo que deverá controlar. A vantagem deste *insight*, nestas situações, é que permite o controlo, dentro de alguns limites. Portanto, a CEST não diminui a importância da influência do inconsciente no comportamento humano, comparativamente com a psicanálise, mas destaca uma fonte de influência diferente.

De acordo com a CEST, o material é dissociado quando não consegue ser assimilado. Existem dois tipos de dissociação. Entre o sistema experiencial e o racional, que corresponde à repressão e a dissociação do sistema experiencial em si mesmo. Se o material dissociado for ativado ao ponto da dissociação não poder ser mantida, o material não assimilado poderá ameaçar a estabilidade de todo o sistema experiencial. A disputa pela expressão do material dissociado não se deve a uma energia própria que procura ter expressão, como defendia Freud, mas sim a uma motivação fundamental para assimilar representações de experiências emocionalmente significativas num sistema conceptual unificado e coerente. O material que não pode ser ignorado ou assimilado continua a reemergir até ser assimilado. Este processo mantém-se até à assimilação ser atingida. Este processo é, essencialmente, adaptativo, na medida em que promove a assimilação e a construção de um modelo do mundo consistente com a experiência.

As principais fontes de desajustamento na perspetiva da CEST são a desarmonia (incluindo a dissociação) do sistema experiencial e a falha no preenchimento das necessidades e não a discrepância entre o pensamento consciente e inconsciente. Desta forma, o *insight* não é fundamental, embora possa ser útil para a identificação dos problemas no sistema experiencial que têm que ser resolvidos. O papel da terapia é mudar os esquemas não adaptativos no sistema experiencial e promover o preenchimento sinérgico das necessidades. O *insight* é tanto adaptativo quanto mais ajudar a terapia a atingir o seu objetivo.

Portanto, o modelo JD-R propõe que os recursos pessoais podem ser colocados como moderadores da associação entre as características do trabalho e os *outcomes*. Os recursos pessoais podem afetar a magnitude dessas associações, em que os efeitos adversos das exigências do trabalho (aqui entendidos como riscos psicossociais) nos *outcomes* podem ser mitigados ou mesmo transformar-se em efeitos positivos quando os trabalhadores possuem elevados níveis de recursos pessoais e os efeitos positivos, já existentes, podem ser aumentados. Deste modo, poderá hipotetizar-se que o pensamento construtivo, sendo entendido como um recurso pessoal, poderá moderar o efeito dos fatores de risco psicossociais na saúde mental dos trabalhadores.

Hipótese 3 (H<sub>3</sub>). O pensamento construtivo tem um efeito moderador da relação entre a exposição aos comportamentos ofensivos e a hostilidade.

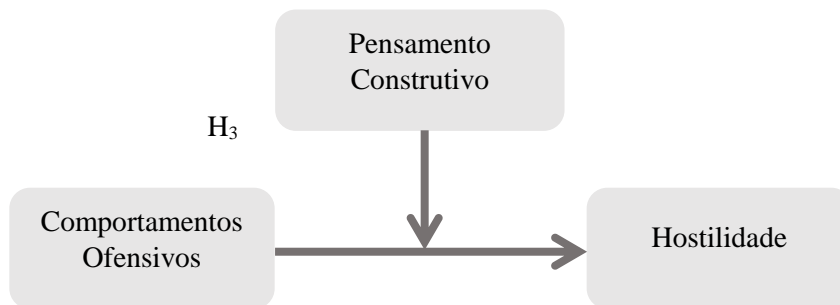


Figura 2. Modelo de Moderação Proposto

## 4. Método

### 4.1. Procedimentos

O processo de aplicação dos questionários iniciou-se com a apresentação do estudo à Direção de Capital Humano da organização de acolhimento, para se obter as autorizações necessárias para a sua implementação. Posteriormente, foram negociadas as condições de facilitação de acesso à amostra com as chefias de topo de cada área da organização participante no estudo. Num segundo momento, procedeu-se à análise documental para recolha de informação sobre a organização, em matéria de riscos psicossociais no trabalho.

A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Março de 2018. O questionário era de autopreenchimento e anónimo e foi entregue, em mão pela investigadora e em papel, aos participantes no seu local de trabalho. Durante a recolha de dados procurou-se minimizar a invasibilidade do meio e interferir o menos possível com a atividade profissional dos participantes. Previamente à entrega do questionário foi obtido o consentimento informado (ver anexo 1) dos participantes e, simultaneamente, foram fornecidas informações adicionais acerca da natureza do estudo e



esclarecimentos quanto ao seu correto preenchimento. A devolução do questionário foi feita diretamente à investigadora, em caixa fechada de forma a garantir o seu anonimato.

O questionário não foi identificado, sendo sempre garantida a privacidade e confidencialidade da informação. Foi apenas recolhida a informação sobre os participantes estritamente necessária, não excedendo aquilo que foi considerado relevante para os objetivos do estudo. Uma vez que os questionários eram anónimos, os participantes foram informados, no momento do consentimento informado, de que não seria possível devolver-lhes informação individual, mas apenas os resultados gerais do estudo, exceto quando manifestassem expressamente essa vontade, registando-se apenas nesse caso a identidade e contacto do participante, de forma a ser possível enviar essa informação quando disponível. Nesses casos, foi dado *feedback* em linguagem compreensível e não técnica e limitado à informação pertinente para a sua compreensão.

O Projeto de investigação foi aprovado pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

#### 4.2. Participantes

Participaram neste estudo 233 trabalhadores de uma empresa pública do setor dos transportes, com 1407 trabalhadores, expostos a diferentes riscos psicossociais, nomeadamente trabalho por turnos e contacto com o público. A amostra representava 64.54% do efetivo total de trabalhadores com funções no atendimento ao cliente. A idade variava entre os 20 e os 57 anos ( $M=40,68$ ;  $DP=6.58$ ); 50,2% eram do sexo feminino e 49,8% do sexo masculino; 9,9% tinham antiguidade inferior a 5 anos, 59,9%, entre 6 e 15 anos e 30,2% tinham antiguidade superior a 15 anos; 96,6% trabalhavam por turnos rotativos e 3,4% tinham turno fixo. Na Tabela 1 poderá comparar-se a taxa de absentismo (em 2017) auto-relatada pelos participantes com a taxa de absentismo objetiva. As diferenças observadas entre o absentismo objetivo e subjetivo mostram que os trabalhadores poderão tender a subestimar o seu absentismo dissociando-se das conotações negativas atribuídas ao absentismo excessivo (e.g., não ser de confiança, ser preguiçoso) mantendo, dessa forma, uma imagem positiva de si e das suas competências.

Foi igualmente obtida a taxa de absentismo dos participantes nos últimos três anos, tendo-se observado a seguinte evolução: 7.66% em 2015, 7.37% em 2016 e 8.09% em 2017.

Tabela 1. *Absentismo Objetivo vs. Absentismo Subjetivo (auto-relatado) em 2017*

Taxa de Absentismo	Objetivo	Subjetivo
Inferior a 3%	53.3%	69.4%
Entre 3 e 7%	21.6%	16.2%
Entre 7 e 10%	5.3%	6.6%
Superior a 10%	19.8%	7.9%
Total	100%	100%

#### 4.3. Instrumentos

*Informação demográfica.* Cada participante indicava a sua idade (em anos), género, categoria profissional, habilitações literárias, a antiguidade na função (as opções de resposta eram menos de cinco anos, entre 6 a 15 anos e mais de 15 anos), e o tipo de turno (as opções de resposta eram rotação de 5X2 ou 4X2); taxa de absentismo em 2017 auto-relatada (opções de resposta era até 3%, entre 3 e 7%, entre 7 e 10% e superior a 10%).

*COPSOQ-II.* A avaliação dos fatores psicossociais foi feita através da versão portuguesa (tradução e adaptação de Silva, Amaral, Pereira, Bem-Haja, Pereira, Rodrigues, Cotrim, Silvério e Nossa, 2011) do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) desenvolvido e validado por Kristensen e Borg (2000) com a colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen*. O COPSOQ é um instrumento multidimensional, com um espectro muito amplo de fatores psicossociais relevantes no contexto do trabalho, suportados pelas teorias mais reconhecidas neste âmbito, pelo que pode ser aplicado em qualquer tipo de trabalho. Foi utilizada a versão média que inclui 29 subescalas e 76 itens, destinada a uso por profissionais de saúde ocupacional, nomeadamente na avaliação de riscos, planificação e inspeção. Foram retidos 68 itens pontuados pelos participantes numa escala tipo *Likert* de 5 pontos que variava entre Nunca/Quase Nunca (1) e Sempre (5). Os únicos itens invertidos na versão média são o 42 e 45. O COPSOQ-II permite a aplicação das suas dimensões de modo independente e flexível, podendo-se optar pela aplicação das subescalas mais pertinentes para o contexto laboral em causa e/ou função desempenhada pelo trabalhador (Silva *et al.*, 2011). Uma vez que este estudo tem um enfoque específico na sintomatologia psicopatológica e que foi usado um instrumento para a sua avaliação, não foi utilizada a dimensão de bem-estar (stress, *burnout*, problemas em dormir, *stress* somático, *stress* cognitivo e sintomas depressivos - 8 itens). Foram usadas as seguintes dimensões: exigências quantitativas (3 itens; e.g., “Precisa fazer horas-extra?”;  $\alpha = .67$ ), ritmo de trabalho (1 item; “Precisa trabalhar muito rapidamente?”); exigências cognitivas (3 itens; e.g., “O seu trabalho exige a sua atenção constante?”;

$\alpha = .54$ ); exigências emocionais (1 item; “*O seu trabalho exige emocionalmente de si?*”); influência no trabalho (4 itens; e.g., “*Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?*”;  $\alpha = .47$ ); possibilidades de desenvolvimento (3 itens; e.g., “*O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?*”;  $\alpha = .63$ ); previsibilidade (2 itens; e.g., “*Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?*”;  $\alpha = .56$ ); transparência do papel laboral (3 itens; e.g., “*Sabe exatamente o que é esperado de si?*”;  $\alpha = .56$ ); reconhecimento (3 itens; e.g., “*É tratado de forma justa no seu local de trabalho?*”;  $\alpha = .78$ ); conflitos laborais (3 itens; e.g., “*Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?*”;  $\alpha = .70$ ); apoio social de colegas (3 itens; e.g., “*Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?*”;  $\alpha = .70$ ); apoio social de superiores (3 itens; e.g., “*Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?*”;  $\alpha = .87$ ); comunidade social no trabalho (3 itens; e.g., “*No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?*”;  $\alpha = .76$ ); qualidade da liderança (4 itens; e.g., “*É bom a resolver conflitos?*”;  $\alpha = .87$ ); confiança horizontal (3 itens; e.g., “*Os funcionários ocultam informações uns dos outros?*”;  $\alpha = .73$ ); confiança vertical (3 itens; e.g., “*A gestão da empresa oculta informação aos seus funcionários?*”;  $\alpha = .74$ ); justiça e respeito (3 itens; e.g., “*O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?*”;  $\alpha = .67$ ); autoeficácia (2 itens; e.g., “*Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.*”;  $\alpha = .59$ ); significado do trabalho (3 itens; e.g., “*Sente que o seu trabalho é importante?*”;  $\alpha = .79$ ); compromisso com o local de trabalho (2 itens; e.g., “*Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?*”;  $\alpha = .45$ ); satisfação no trabalho (4 itens; e.g., “*As suas perspetivas de trabalho?*”;  $\alpha = .80$ ); insegurança laboral (1 item; “*Sente-se preocupado em ficar desempregado?*”); conflito trabalho-família (3 itens; e.g., “*A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?*”;  $\alpha = .82$ ); comportamentos ofensivos (4 itens; e.g., “*Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?*”;  $\alpha = .82$ ); saúde geral (1 item; “*Em geral, sente que a sua saúde é?*”).

*BSI*. Versão portuguesa aferida de Canavarro (1999) do *BSI - Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993). A dimensão de somatização reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático (7 itens; e.g., “*Dores no coração ou no peito?*”;  $\alpha = .87$ ); a dimensão de obsessão-compulsão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam egodistónicos (6 itens; e.g., “*Ter de verificar e tornar a verificar o que faz?*”;  $\alpha = .87$ ); a dimensão de sensibilidade interpessoal centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas (4 itens; e.g., “*Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si?*”;  $\alpha = .73$ ); os itens que compõem a dimensão de depressão refletem os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (6 itens; e.g., “*Não sentir interesse*

nas coisas”;  $\alpha = .88$ ); a dimensão de ansiedade inclui indicadores gerais como nervosismo e tensão e sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico (6 itens; e.g., “Sentir-se tenso(a) ou nervoso(a)”;  $\alpha = .85$ ); a dimensão de hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (5 itens; e.g., “Ter vontade de partir ou estragar coisas”;  $\alpha = .82$ ); os itens da dimensão ansiedade fóbica centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (5 itens; e.g., “Sentir medo de viajar de autocarro, metro ou comboio”;  $\alpha = .72$ ); a dimensão de ideação paranoide representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo (5 itens; e.g., “Sentir que as pessoas podem aproveitar-se de si, se você deixar”;  $\alpha = .79$ ); a dimensão de psicoticismo inclui indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide e sintomas primários de esquizofrenia como alucinações (5 itens; e.g., “Ideia que alguma coisa está mal no seu pensamento”;  $\alpha = .74$ ). Permite ainda obter três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS; pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados pelo sujeito), índice de Sintomas Positivos (ISP; média da intensidade de todos os sintomas assinalados pelo sujeito) e Total de Sintomas Positivos (TSP; número de queixas somáticas apresentadas) e que funcionam como avaliações sumárias de perturbação emocional. No entanto, estes índices não foram calculados, por se pretender realizar uma avaliação o mais específica possível dos participantes. Os participantes avaliavam, numa escala de tipo *Likert*, a frequência de determinados sintomas na última semana (0 - Nunca; 4 - Muito frequentemente).

*IPC.* O pensamento construtivo foi medido através da versão portuguesa do *Constructive Thinking Inventory* (CTI; Epstein, 1987) traduzida e adaptada por Lourenço e Azevedo (1994). A versão portuguesa contém 146 itens. Contudo, optou-se por usar apenas os itens da escala original. O IPC é uma medida de auto-relato do pensamento construtivo e destrutivo automático com um total de 146 itens. Este inventário é um teste organizado hierarquicamente e dá medidas em três níveis de generalidade: uma escala geral e seis escalas específicas, a maior parte das quais são subdivididas em subescalas, dando uma informação muito abrangente sobre a estrutura do pensamento construtivo. Tal como a inteligência, o pensamento construtivo está organizado hierarquicamente e pode ser diferenciado e integrado. A um nível mais geral, inclui uma escala global de pensamento construtivo (29 itens; e.g., “Tenho tendência a classificar as pessoas a meu favor ou contra mim.”). O nível seguinte consiste em seis escalas específicas que descrevem as diferentes formas fundamentais como as pessoas pensam construtiva e destrutivamente: *coping* emocional (25 itens; e.g., “Não deixo que as pequenas coisas me aborrecam.”); *coping* comportamental (14 itens; “Quando tenho que me confrontar com grande quantidade de trabalho para fazer, digo para mim que nunca mais me vejo

*livro dele e sinto-me inclinado(a) a desistir.”*); pensamento categorial (16 itens; e.g., “*É tolice confiar inteiramente em alguém e, quando o fazemos, arriscamos grandemente a sofrer por isso.*”), pensamento supersticioso pessoal (7 itens; e.g., “*Às vezes penso que, quando desejo intensamente alguma coisa, isso já não acontece.*”), pensamento esotérico (13 itens; e.g., “*Eu acredito em fantasmas*”) e otimismo ingênuo (15 itens; e.g., “*Acredito que, se eu faço alguma coisa boa, então também irão acontecer-me coisas boas.*”). O nível mais específico consiste em processos: no *coping* emocional, inclui a autoaceitação (7 itens; e.g., “*Tomo muito a sério qualquer fracasso que me aconteça.*”); ausência de sobre-generalização negativa (4 itens; e.g., “*Quando me acontece alguma coisa má, eu sinto que uma desgraça nunca vem só.*”); não sensibilidade (8 itens; e.g., “*Não deixo que as pequenas coisas me aborreçam.*”); ausência de preocupação (6 itens; e.g., “*Eu gasto mais tempo a reviver mentalmente os meus fracassos do que a recordar os meus sucessos.*”); o *coping* comportamental inclui o pensamento positivo (4 itens; e.g., “*Quando tenho que realizar tarefas maçadoras, procuro compensar isso com pensamentos agradáveis e interessantes.*”); a orientação para a ação (7 itens; e.g., “*Eu olho os desafios da vida, não como algo a temer, mas como uma oportunidade para me pôr à prova e para aprender coisas novas.*”); conscienciosidade (4 itens; e.g., “*Quando vejo que cometi um erro, normalmente, faço logo alguma coisa para o corrigir.*”); o pensamento categorial inclui o pensamento polarizado (6 itens; e.g., *Sou do tipo de pessoas que prefere fazer alguma coisa em vez de se limitar a pensar ou a queixar-se das situações.*); desconfiança dos outros (5 itens; e.g., “*Só confio plenamente em mim mesmo(a).*”); intolerância (4 itens; e.g., “*A maior parte das pessoas acha que eu sou tolerante e capaz de perdoar.*”); o otimismo ingênuo inclui o sobre-otimismo positivo (5 itens; e.g., “*Se alguém que eu conheço tem um bom desempenho, eu penso que essa pessoa é um sucesso total e irá longe na vida.*”); pensamento estereotipado (3 itens; e.g., “*As pessoas devem procurar parecer felizes mesmo quando não se sentem bem.*”); pensamento poliânico (7 itens; e.g., “*Quando me acontecem coisas desagradáveis, tenho o sentimento de que as mereço.*”) que identificam, de forma muito específica, as diferentes formas como as pessoas tendem a pensar. Inclui ainda três escalas de validade: uma escala de verdade que consiste num conjunto de itens relativamente difíceis de manipular porque não é evidente qual é a resposta mais desejável (8 itens; e.g., “*Não me incomoda nada quando alguém me insulta sem razão.*”); uma escala de validade que consiste numa medida do cuidado na resposta e de falhas na compreensão (8 itens; e.g., “*Dois mais dois é igual a quatro.*”). Por não se considerar pertinente para o presente estudo, não foi usada a escala de pensamento esotérico pelo que, dos 108 itens da escala original, foram retidos 96 itens, em que os respondentes indicavam numa escala de *Likert* de 5 pontos em que medida é que acreditam que cada item é verdadeiro ou falso ao descreverem-se a si próprios (1 - inteiramente falso e 5 - inteiramente verdade). O IPC pode ser completado entre 15-30 minutos.

De acordo com o *Manual of the Constructive Thinking Inventory* (Epstein, 1993) até 5 itens não respondidos, os mesmos podem ser cotados com uma pontuação de 3. Mais do que 5 itens não respondidos pelos participantes invalida o protocolo. Após Análise Fatorial Exploratória (AFE), o instrumento original foi reduzido para 48 itens (*brief form*), conforme resultados apresentados nas Tabelas 2 e 3.

*Taxa de Absentismo Objetiva.* Foi obtida a média da taxa de absentismo dos últimos 3 anos (2015-2017) dos participantes.

*Número de Acidentes de Trabalho e Dias de Trabalho Perdidos por Agressão de Clientes.* Foi obtido o número de acidentes de trabalho e de dias de trabalho perdidos por motivo de agressão por clientes entre 2015-2017.

## 5. Resultados

### 5.1. Análise de Dados

O *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 25) foi usada para realizar a análise de dados.

A análise de resultados do COPSOQ pressupõe a sua interpretação por fator, ou seja, o COPSOQ não mede um único constructo, mas sim diversos riscos psicossociais e variáveis de saúde, stress e satisfação. Foram calculadas as médias dos itens de cada fator, no entanto, se para um fator uma média de 4 é interpretada como uma exposição favorável para a saúde, para outros fatores é interpretada como uma situação de risco para a saúde. Esta média deve ser contrastada com os valores normativos para a população ativa portuguesa. Foram também situadas as médias de cada fator em tercis (Figura 3).<sup>3</sup> Para facilitar a leitura deste gráfico, todos os fatores foram colocados no mesmo sentido, ou seja, quanto maior a pontuação, maior o risco para a saúde. Esta apresentação dos resultados permite obter uma perspetiva rápida tipo “semáforo” relativamente ao impacto para a saúde que a exposição a uma determinada dimensão representa em que o verde representa a situação

---

<sup>3</sup> A amplitude da cotação dos itens (que variava entre 1 e 5) foi dividida em três partes iguais, com os seguintes pontos de corte: 2.33 e 3.66.

favorável para a saúde, o amarelo uma situação intermédia e o vermelho um risco para a saúde.

No BSI quanto mais elevada é a pontuação de cada escala, maior é a perturbação emocional reportada pelos sujeitos.

Relativamente ao IPC, para as escalas de *coping* emocional, *coping* comportamental e as suas facetas, são desejáveis pontuações elevadas. Para as escalas de pensamento categorial e as suas facetas e de pensamento supersticioso, são desejáveis pontuações baixas. O otimismo ingénuo não parece estar associado ao ajustamento em adultos, provavelmente devido ao aspeto adaptativo do pensamento positivo ser cancelado pela vertente não adaptativa do pensamento irrealista. Aparentemente existe uma capacidade geral de pensar construtivamente que inclui um número de capacidades mais específicas, que contêm outras capacidades ainda mais específicas. Uma vez que as facetas das escalas específicas correspondem a processos mentais suficientemente específicos optamos por tratá-las de forma independente. Esta abordagem irá permitir realizar um diagnóstico baseado no padrão de resultados encontrado. Esta informação será utilizada para sugerir à organização medidas de intervenção mais específicas e orientadas para processos mentais mais particulares.

## 5.2. *Validade Estrutural do IPC*

O desenvolvimento do IPC foi influenciado pela CEST que, como vimos, assume que existem dois tipos de inteligência, uma racional e outra experiencial. A inteligência racional, que geralmente é medida através de testes de inteligência, é particularmente útil na resolução de problemas abstratos, como problemas matemáticos, mas tem uma utilidade limitada na resolução de muitos problemas práticos do dia-a-dia, como aqueles que requerem o “senso comum” ou inteligência prática, inteligência social e inteligência emocional. No entanto, o inverso é verdade no que se refere à inteligência experiencial que, tal como o nome indica, refere-se à capacidade da pessoa aprender diretamente a partir da experiência. Contrariamente à aprendizagem a partir de livros e aulas, aprender a partir da experiência, normalmente ocorre de forma automática, sem esforço ou consciência e é a fonte da inteligência prática, social e emocional.

O homem processa a informação através do sistema racional, que é sobretudo um sistema de pensamento verbal. A influência do sistema experiencial no sistema racional é particularmente importante, pois poderá explicar a irracionalidade do pensamento, particularmente quando as pessoas têm que resolver problemas relativamente às relações interpessoais. De acordo com a CEST, apesar

das pessoas terem uma extraordinária capacidade de resolução de problemas intrapessoais, muitas vezes, têm uma pobre capacidade de resolver problemas interpessoais. Mesmo quando as pessoas tentam pensar lógica e objetivamente acerca das suas relações interpessoais, o seu pensamento é enviesado pela influência do sistema experiencial no sistema racional.

O IPC foi construído para medir a inteligência experiencial. Constitui uma medida das tendências das pessoas para, automaticamente, pensarem em formas de resolução de problemas que são importantes no dia-a-dia com o mínimo de *stress* possível. A investigação tem mostrado que as medidas de inteligência racional estão mais fortemente associadas ao desempenho académico, enquanto o IPC está mais fortemente associado a aspetos mais práticos da vida e ao bem-estar físico e mental. A lógica subjacente ao pensamento construtivo é a de que se as emoções e, em grande medida, o comportamento são determinados pelo funcionamento do sistema experiencial, então, a eficiência do sistema experiencial deve desempenhar um papel importante no sucesso da vida das pessoas. O pensamento construtivo está significativamente correlacionado com o sucesso no trabalho, amor, relações sociais e na manutenção do bem-estar físico e emocional. Se quisermos prever o sucesso, será muito útil ter uma medida da inteligência do sistema experiencial. Foi com essa motivação que o Inventário de Pensamento Construtivo (IPC) foi desenvolvido por Epstein e Meier (1989) a partir da teoria cognitiva de Beck (1976), Ellis (1962) e Meichenbaum (1977) como uma medida de pensamento automático construtivo (Epstein, & Meier, 1989).

O pensamento construtivo tem uma estrutura relativamente simples e hierarquizada em três níveis. O pensamento construtivo tem uma componente global e um número limitado de componentes específicas. O nível mais geral é uma escala global de pensamento construtivo, ou seja, é um compósito de vários tipos de conteúdo e processos de pensamento que aparecem nas escalas específicas. Consequentemente é uma medida de larga amplitude que prediz moderadamente bem muitas variáveis. O nível seguinte inclui seis escalas específicas (*coping* emocional, *coping* comportamental, pensamento categorial, pensamento supersticioso, otimismo ingénuo e pensamento negativo) que descrevem as diferentes formas de pensamento construtivo e destrutivo que, a seguir, se descrevem. O nível mais específico consiste em subescalas ou facetas destas seis escalas específicas. Estas descrevem processos fundamentais como o pensamento polarizado ou o pensamento positivo que permitem identificar as formas muito específicas como as pessoas tendem a pensar e que têm implicações importantes para a intervenção.



### 5.2.1. *Análise Fatorial Exploratória*

A dimensionalidade é um aspeto muito importante na validação estrutural do questionário. O estudo da validade estrutural do IPC (108 itens) foi avaliado pela Análise Fatorial Exploratória (AFE) sobre a matriz de correlações, com estimação dos fatores comuns e dos fatores específicos através do método de extração das componentes principais (ACP)<sup>4</sup> seguida de uma rotação *Varimax*<sup>5</sup> dos eixos fatoriais (rotação ortogonal) quando dois ou mais fatores emergiam. Os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem de variância retida. O Teste de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)<sup>6</sup> (era superior a .80) e o teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .0001$ ) indicavam que as variáveis estavam correlacionadas.

A AFE teve por objetivo selecionar criteriosamente os itens com melhor saturação de conteúdo para se chegar a uma versão abreviada do questionário (*brief form*) que permita realizar, num estudo posterior, com uma amostra mais alargada, a análise fatorial confirmatória. Tendo em conta que o conteúdo de alguns itens era redundante e que as correlações inter-item eram elevadas (superiores a .60), o questionário poderia ser abreviado sem perda de informação relevante. Considerando que, por um lado, os itens redundantes não acrescentam informação e, muitas vezes, podem ser omitidos em benefício da eficiência e, por outro lado, que aumentar a consistência interna a partir de um certo ponto não vai aumentar a validade de constructos, decidiu-se pela redução do número de itens. Esta redução apresenta várias vantagens, nomeadamente permite poupar tempo na sua aplicação e evita o aborrecimento e a fadiga dos participantes.

Uma vez que se pretendia identificar as facetas das escalas do IPC, adotou-se por estratégia de análise fazer uma ACP por cada escala que sabíamos, *a priori*, ter várias facetas (escala de *coping comportamental*, escala de *coping emocional*, escala de *otimismo ingénuo* e escala de *pensamento categorizado*).

De acordo com a regra do *eigenvalue* superior a 1 e com o *Scree Plot*, a estrutura relacional de todas as escalas era explicada por 3 fatores latentes, com exceção da escala de otimismo ingénuo

---

<sup>4</sup> A interpretação dos fatores e o critério para a seleção da solução fatorial final consistiu na identificação dos pesos fatoriais superiores a .30 e que contribuíssem apenas para um fator (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998).

<sup>5</sup> O método *Varimax* tem por objetivo obter uma estrutura fatorial na qual apenas uma das variáveis originais está fortemente associada com um único fator e pouco associada com os restantes fatores.

<sup>6</sup> O KMO é uma medida da homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. A correlação parcial entre duas variáveis é a correlação entre estas duas variáveis depois de se ter eliminado a influência de outras variáveis que também se apresentavam correlacionadas com as primeiras (Maroco, 2007).

que era explicada por 2 fatores latentes. A escala de pensamento supersticioso é unifatorial (não tem subescalas ou facetas específicas).

A Tabela 2 resume os pesos fatoriais de cada item nos fatores retidos, os seus *eigenvalues* e a comunalidade de cada item da *brief form* do questionário (48 itens). Para a escala de *Coping Comportamental*, o Fator 1 foi denominado *Pensamento Positivo*, o Fator 2 foi designado por *Conscienciosidade* e o Fator 3 foi nomeado por *Orientação para a Ação*; para a escala de *Coping Emocional*, o Fator 1 foi denominado *Ausência de Preocupação*, o Fator 2 foi designado por *Não Sensibilidade* e o Fator 3 por *Autoaceitação*; para a escala de *Pensamento Categorical*, o Fator 1 foi designado por *Desconfiança dos Outros*, o Fator 2 foi denominado por *Pensamento Polarizado* e o Fator 3 por *Intolerância*; para a escala de *Otimismo Ingênuo*, o Fator 1 foi designado por *Sobre-otimismo Positivo* e o Fator 2 por *Pensamento Poliânico*.

#### 5.2.1.1. *Coping Comportamental*

Um estudo realizado por Epstein e Meier (1989) mostra que as três escalas do IPC que estão mais correlacionadas com os sintomas físicos e psicológicos são a escala global, a de *coping* emocional e a de *coping* comportamental. O *coping* comportamental é uma escala comportamental que inclui itens que se referem ao pensamento que promove ação efetiva. Também contém itens que se referem à manutenção de uma abordagem otimista da vida, que é útil quando se tem que enfrentar desafios e na recuperação após fracassos. As pessoas com elevadas pontuações no *coping* comportamental são orientadas para a ação, extrovertidas, otimistas, entusiastas, energéticas e conscienciosas. Não guardam rancor ou ficam presas ao passado, mas permitem que o passado seja passado e focam a sua energia no planeamento e no desenvolvimento de ações. Aceitam os outros e não guardam ressentimentos, mas reservam a sua energia para a resolução de problemas práticos.

Portanto, enquanto as pessoas com elevado *coping* comportamental têm uma elevada aceitação dos outros, foco no pensamento positivo e no comportamento instrumental, as pessoas com elevado *coping* emocional apresentam uma elevação na autoaceitação, tomam as coisas como sendo menos pessoais e reagem com menor intensidade a eventos desagradáveis.

Após a AFE, na escala de *Coping Comportamental*, o *Pensamento Positivo* (ter uma orientação otimista) explicava 30.7% da variância total, a *Conscienciosidade* (ter consciência das

ações) explicava 14.37% da variância total e a *Orientação para a Ação* (pensar de modo a facilitar a resolução de problemas através de ações eficazes) explicava 9.26% da variância total.

#### 5.2.1.2. *Coping Emocional*

O domínio do *coping* pode ser largamente dividido em *coping* com o mundo interno das emoções e pensamentos e com o mundo externo dos eventos. Folkman e Lazarus (1980) identificaram dois fatores similares: *coping* focado nas emoções e *coping* focado no problema. O conteúdo do *coping* focado nas emoções está dividido no IPC no *coping* emocional e no pensamento negativo.

O *coping* emocional é a escala que está mais relacionada com a escala global de pensamento construtivo e é a que contribui para maior variância do que qualquer outra escala. Os itens referem-se à tendência para não tornar as coisas pessoais, não ser sensível à desaprovação, não se preocupar excessivamente acerca do insucesso e desaprovação. As pessoas com elevado *coping* emocional são auto-aceitantes e tendem a não sobre-generalizar ou sobre-reagir a experiências desfavoráveis no presente e não ficam presas a experiências passadas negativas ou a preocupações em relação ao futuro. O *coping* emocional é mais caracterizado pelo evitamento de pensamentos que produzam emoções negativas e *stress* do que em ter pensamentos que produzam emoções positivas, pensamento que é mais característico nas pessoas com elevado *coping* comportamental. Quando têm emoções negativas, fazem o que podem para aliviar essas emoções, sem se condenarem a si próprias por tê-las. As pessoas com elevadas pontuações na escala de *coping* emocional têm a capacidade de lidar com situações stressantes de uma forma que não produz *stress* desnecessário. Tudo isto faz com que tenham menor experiência de *stress* do que as outras pessoas. Uma vez que são caracterizados por terem menos pensamentos negativos, mais do que em terem pensamentos positivos, são descritos como sendo mais “centrados” e calmos do que alegres e entusiastas. O baixo *coping* emocional pode ser visto como um componente cognitivo do neuroticismo (que inclui uma componente cognitiva, afetiva e comportamental).

A AFE revelou que na escala de *Coping Emocional*, a *Ausência de Preocupação* (não ficar preso às preocupações do passado) explicava 36.12% da variância total, a *Não Sensibilidade* (não apresentar sensibilidade interpessoal) explicava 11.72% da variância total e a *Autoaceitação* (aceitação de si próprio) explicava 8.96% da variância total.

#### 5.2.1.3. *Pensamento Categorial*

O pensamento categorial contém itens que se referem ao pensamento extremo, não modulado, rígido, julgativo e intolerante em relação aos outros. As pessoas com elevadas pontuações no pensamento categorial tendem a classificar os outros como bons ou maus, a julgar as pessoas como estando a favor ou contra elas e a acreditar que apenas existe uma forma correta de fazer as coisas. O seu pensamento rígido e a falta de discriminação torna-as mais propensas a soluções simplistas, preconceitos, a sentimentos de aborrecimento e raiva quando são confrontadas com situações que violam os seus estereótipos. O lado positivo do pensamento categorial é que facilita a tomada de decisão, ao permitir que as pessoas rapidamente tirem conclusões.

As escalas de pensamento categorial e de pensamento supersticioso identificam dois processos fundamentais necessários para desenvolver um modelo rigoroso do mundo, nomeadamente a diferenciação cognitiva e a interpretação verídica dos dados da realidade. A conceptualização de pensamento categorial é, de certa forma, ambígua, sendo por isso importante fazer algumas distinções. No IPC é medido não meramente como um processo racional, mas como um processo associado a reações emocionais ao *Self* e aos outros. Os pensadores categoriais tendem a ser julgativos. Tendem a ser enviesados no seu julgamento de si e dos outros de forma negativa. Quando têm uma falha numa tarefa, veem-se a si próprios como um fracasso total. Tendem a ver os outros como sendo totalmente bons ou totalmente maus, mas mais frequentemente como maus. Na ausência de modulação categorial adequada, os pensadores categoriais tendem a experienciar emoções com excessiva intensidade.

Após a AFE, a escala de *Pensamento Categorial*, a *Desconfiança dos Outros* explicava 26.92% da variância total, o *Pensamento Polarizado* explicava 17.11% da variância total e a *Intolerância* explicava 13.17% da variância total. Embora estas três facetas do pensamento categorial estejam relacionadas entre si, é possível que uma pessoa tenha uma pontuação elevada numa faceta e não noutra. Embora muitas pessoas que apresentam pensamento polarizado não confiem e sejam intolerantes com os outros, nem sempre isso acontece.

#### 5.2.1.4. *Otimismo Ingénuo*

O otimismo ingénuo refere-se à sobre-generalização após resultados positivos. É interessante notar que os otimistas ingénuos também tendem a sobre-generalizar eventos negativos. Também

inclui alguns itens que se referem a crenças simplistas, estereotipadas, como as de que toda a gente deve amar os seus pais e de que podemos atingir qualquer coisa desde que tenhamos força de vontade. As pessoas com elevado otimismo irrealista não só interpretam os eventos de uma forma irrealista e estereotipada, mas também mostram uma tendência, embora em menor medida, para sobre-generalizar grosseiramente eventos negativos. Contrariamente a vários itens da escala de *coping* comportamental que descrevem um otimismo mais realista, os itens da escala de otimismo ingénuo são extremos. O otimismo ingénuo está associado a uma orientação para a vida muito simples e à dificuldade em fazer face a realidades desagradáveis e a tomar as devidas precauções. O lado positivo é que estas pessoas têm um espírito elevado, são agradáveis para as outras e são diplomáticas.

Existem apenas dois tipos de otimismo. Dependendo da sua forma e grau, bem como da situação, o otimismo pode ser adaptativo ou não. Por outro lado, as pessoas bem ajustadas mantêm um enviesamento positivo, o que não significa que a consciência da realidade não seja um importante critério de bom ajustamento, mas que não pode ser o único critério. Assumindo que outros critérios também são importantes, estes podem servir para moderar a influência da consciência da realidade.

O pensamento negativo pode ser visto como a contraparte do otimismo irrealista. A escala de pensamento negativo contém itens como a tendência percebida para interpretar os eventos negativamente e um item que se refere à ausência de reação positiva. As escalas anteriores que se correlacionam com o pensamento negativo indicam que as pessoas com elevado pensamento negativo veem-se a si próprias e aos outros e interpretam o passado, o presente e o futuro de forma enviesadamente negativa. Também tendem a pensar de forma categórica e magicamente e de formas que não conduzem à ação.

Enquanto o otimista irrealista sobrevaloriza o positivo, irrealisticamente, o pensador negativo, irrealisticamente, sobrevaloriza o negativo. O pensamento negativo está consistentemente associado ao comportamento disfuncional. Está conceptualmente relacionado com o *coping* emocional, porque o pensamento negativo, claramente implica um pobre *coping* emocional. No entanto, as duas escalas apenas estão moderadamente correlacionadas (Epstein & Meier, 1989). A grande diferença entre elas é que os itens negativos da escala de *coping* emocional referem-se à personalização e preocupação em relação aquilo que os outros pensam, enquanto os itens da escala do pensamento negativo referem-se a uma orientação para a tristeza e desgraça, suspeição dos outros e à experiência de emoções que interferem com o desempenho. O *coping* emocional pode ser visto como estando mais fortemente associado com a ansiedade e o pensamento negativo com a depressão.

A AFE revelou que na escala de *Otimismo Ingénuo*, o *Sobre-otimismo Positivo* (crença de que a seguir a um sucesso se será sempre bem sucedido) explicava 43.19% da variância total e o *Pensamento Poliânico* (crença de que quando se fazem coisas boas acontecem outras coisas boas) explicava 13.80% da variância total.

#### 5.2.1.5. *Pensamento Supersticioso*

O pensamento supersticioso contém itens que se referem a superstições pessoais (e.g., que falar acerca do sucesso antecipadamente dá azar), bem como a superstições convencionais. Aparentemente, este tipo de pensamento é desenvolvido em condições de desamparo. Possivelmente, quando as pessoas, durante o seu processo formativo, sentiram-se pouco apoiadas relativamente à compreensão e ao *coping* com eventos emocionalmente negativos, desenvolveram formas de pensamento mágicas e supersticiosas como tentativa de estabelecer algum grau de compreensão e controlo da realidade. Um processo análogo ocorreu nas sociedades primitivas que recorriam a rituais e magia quando não eram capazes de controlar eventos de vida críticos, como secas.

Após a AFE, o passo seguinte consistiu no cálculo dos coeficientes de alfa<sup>7</sup> das várias facetas das escalas (ver Tabela 3).

Neste estudo, a utilização do IPC permite não apenas obter informação relativamente ao pensamento construtivo enquanto estratégia de *coping*, mas também explorar se o pensamento construtivo é um moderador do impacto dos fatores psicossociais na sintomatologia psicopatológica.

---

<sup>7</sup> De acordo com John e Benet-Martínez (2000) apesar do alfa ser o índice de escolha quando se pretende verificar se uma medida é fiável ou não, há que ter em consideração que o alfa tem algumas limitações. Primeiro, quanto maior for o número de itens, maior é o alfa; segundo, não há grande utilidade em acrescentar itens a partir do quinto item; terceiro, a utilidade acrescentada é ainda menor se as correlações inter-item forem muito elevadas (e.g., correlações inter-item superiores ou iguais a .60) e se tiverem pouca saturação de conteúdo. Por outro lado, o alfa não mede a homogeneidade das inter-relações inter-item, nem indica se o questionário é unidimensional.

Tabela 2. Pesos fatoriais de cada item nos fatores retidos, communalidades e eigenvalues após uma AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais (rotação Varimax)

1A. Escala de Coping Comportamental <sup>a</sup>					1B. Escala de Coping Emocional <sup>b</sup>				
Itens	Factor 1 <i>Pensamento Positivo</i>	Factor 2 <i>Conscienciosidade</i>	Fator 3 <i>Orientação para a Ação</i>	Comunalidade	Itens	Factor 1 <i>Ausência de Preocupação</i>	Factor 2 <i>Não Sensibilidade</i>	Fator 3 <i>Autoaceitação</i>	Comunalidade
Item IPC3R	-.17	.07	<b>.68</b>	.50	Item IPC17R	<b>.67</b>	.25	.12	.53
Item IPC7	<b>.75</b>	.21	-.03	.61	Item IPC21R	.30	<b>.75</b>	-.05	.65
Item IPC13	<b>.62</b>	.19	.29	.50	Item IPC24	.25	.31	<b>.50</b>	.41
Item IPC25R	.06	.24	<b>.68</b>	.52	Item IPC27R	.40	<b>.61</b>	.11	.54
Item IPC29R	.16	-.11	<b>.72</b>	.56	Item IPC31R	.22	<b>.74</b>	.09	.60
Item IPC32	.06	<b>.77</b>	.04	.59	Item IPC38R	<b>.71</b>	.12	.03	.52
Item IPC36	<b>.67</b>	.35	.14	.59	Item IPC47R	<b>.65</b>	.23	.00	.47
Item IPC45	<b>.76</b>	.10	-.03	.59	Item IPC53	.10	.37	<b>.69</b>	.62
Item IPC62R	.20	.09	<b>.66</b>	.48	Item IPC58R	.17	.16	-.57	.38
Item IPC74	.22	<b>.58</b>	.09	.39	Item IPC65R	.24	<b>.70</b>	.15	.57
Item IPC90	.31	<b>.66</b>	.20	.57	Item IPC71	.30	-.15	<b>.69</b>	.58
Item IPC93	.19	<b>.72</b>	.00	.55	Item IPC96R	<b>.62</b>	.28	.16	.49
<b>Eigenvalue</b>	3.61	1.72	1.11		Item IPC70R	<b>.73</b>	.29	-.15	.64
					<b>Eigenvalue</b>	4.34	1.57	1.08	

<sup>a</sup> A rotação convergiu em 4 iterações

<sup>b</sup> A rotação convergiu em 4 iterações

(Continuação)

1C. Escala de <i>Pensamento Categorical</i> <sup>c</sup>				1D. Escala de <i>Otimismo Ingénuo</i> <sup>d</sup>				
Itens	Factor 1 <i>Desconfiança dos Outros</i>	Factor 2 <i>Pensamento Polarizado</i>	Fator 3 <i>Intolerância</i>	Comunalidade	Itens	Factor 1 <i>Sobreotimismo Positivo</i>	Factor 2 <i>Pensamento Poliânico</i>	Comunalidade
Item IPC40	-.05	<b>.74</b>	-.14	.57	Item IPC9	<b>.47</b>	.45	.42
Item IPC48	.19	<b>.75</b>	.13	.62	Item IPC34	.12	<b>.74</b>	.57
Item IPC55R	.11	.05	<b>.65</b>	.43	Item IPC42	<b>.76</b>	.11	.58
Item IPC63	<b>.69</b>	.19	.05	.51	Item IPC46	<b>.75</b>	.20	.60
Item IPC73	<b>.79</b>	.14	.06	.65	Item IPC49	<b>.68</b>	.16	.48
Item IPC81R	.18	-.19	<b>.72</b>	.58	Item IPC52	.25	<b>.79</b>	.68
Item IPC87R	-.16	.10	<b>.73</b>	.57	Item IPC79	<b>.67</b>	.25	.51
Item IPC91	<b>.77</b>	.04	.03	.59	Item IPC89	.20	<b>.82</b>	.72
Item IPC95	.31	<b>.73</b>	.04	.63	<b>Eigenvalue</b>	3.45	1.10	
<b>Eigenvalue</b>	2.42	<b>1.54</b>	1.19					

<sup>c</sup> A rotação convergiu em 5 iterações

<sup>d</sup> A rotação convergiu em 3 iterações

N = 233

Nota: Se o Item IPC9 fosse retirado da escala, o valor de alfa baixaria de .75 para .71, pelo que se optou por mantê-lo.



Tabela 3. *Escalas do IPC – Pensamento Construtivo*

Subescala	Itens	Exemplo	Alfa	M	DP
<i>Coping Comportamental</i>					
Pensamento Positivo	7, 13, 36 e 45	“Quando tenho que realizar tarefas maçadoras, procuro compensar isso com pensamentos agradáveis e interessantes.”	.73	4.02	.71
Conscienciosidade	32, 74, 90 e 93	“Quando vejo que cometi um erro, normalmente, faço logo alguma coisa para o corrigir.”	.68	4.30	.54
Orientação para a Ação	3R, 25R, 29R, 62R	“Quando tenho muito trabalho para fazer, antes de uma data limite, perco muito tempo a pensar nele em vez de pôr-me a fazê-lo.”	.64	4.27	.68
<i>Coping Emocional</i>					
Ausência de Preocupação	17R, 38R, 47R, 70R e 96R	“Eu gasto mais tempo a reviver mentalmente os meus fracassos do que a recordar os meus sucessos.”	.77	3.70	.90
Não Sensibilidade	21R, 27R, 31R e 65R	“Sou muito sensível à situação de rejeição por parte dos outros.”	.78	3.67	.91
Autoaceitação	24, 53 e 71	“Tomo muito a sério qualquer fracasso que me aconteça.”	.53	4.06	.68
<i>Pensamento Categorial</i>					
Desconfiança dos Outros	63, 73 e 91	“Só confio plenamente em mim mesmo(a).”	.66	2.92	1.00
Pensamento Polarizado	40, 48 e 95	“Existem duas respostas possíveis para cada questão: a resposta correta e a errada.”	.63	3.06	1.05
Intolerância	55R, 81R e 87R	“A maior parte das pessoas acha que eu sou tolerante e capaz de perdoar.”	.50	2.04	.63
<i>Otimismo Ingénuo</i>					
Sobre-otimismo Positivo	9, 42, 46, 49 e 79	“Se um trabalho importante me corre bem, eu sinto-me como se fosse um sucesso total.”	.75	3.85	.67
Pensamento Poliânico	34, 52 e 89	“Quando me acontece alguma coisa boa, sinto que mais coisas boas estão para acontecer.”	.75	3.65	.87
Pensamento Supersticioso	2, 4, 10, 22, 26, 67 e 92	“Às vezes penso que, quando desejo intensamente alguma coisa, isso já não acontece.”	.81	2.09	.78

Nota: Os itens R correspondem a itens invertidos.

### 5.3. Validade das Variáveis Critério

Foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson* entre todas as variáveis dependentes e a variável saúde e a taxa de absentismo auto-relatada. Os resultados mostraram que a saúde auto-relatada estava negativa e significativamente correlacionada com todas as variáveis dependentes, ou seja, quanto menor é a saúde mais sintomas psicopatológicos os colaboradores apresentam (somatização,  $r = -.45, p < .01$ ; obsessões-compulsões,  $r = -.36, p < .01$ ; sensibilidade interpessoal,  $r = -.17, p < .01$ ; ansiedade,  $r = -.32, p < .01$ ; hostilidade,  $r = -.22, p < .01$ ; ansiedade fóbica,  $r = -.22, p < .01$ ; ideação paranoide,  $r = -.17, p < .01$ ; psicoticismo,  $r = -.19, p < .01$ ), sendo a somatização a escala clínica que está mais correlacionada com a saúde. A somatização é uma dimensão que reflete as queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. As dores musculares e outros equivalente somáticos da ansiedade são, também, componentes da somatização. Desta forma, este resultado poderá estar, eventualmente, relacionado com o facto dos participantes não terem sub-reportado as suas queixas somáticas, por motivos de desejabilidade social.

No que se refere à taxa de absentismo auto-relatada, estava positiva e significativamente correlacionada com a somatização ( $r = .26, p < .01$ ), obsessões-compulsões ( $r = .22, p < .01$ ), com a depressão ( $r = .14, p < .05$ ), ansiedade ( $r = .23, p < .01$ ), bem como a ansiedade fóbica ( $r = .16, p < .05$ ). Portanto, quanto mais elevada é a somatização, a ansiedade, as obsessões-compulsões e a depressão, maior absentismo apresentam os participantes. Para a hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo não foram encontradas correlações significativas.

### 5.4. Estatísticas Descritivas

As estatísticas descritivas e as correlações entre as variáveis independentes (isto é, os riscos psicossociais estudados) são apresentadas na Tabela 4. As correlações são baixas a moderadas (variando entre .13 e .58) o que permite concluir que estas variáveis são qualitativamente diferentes e relativamente independentes.

A Figura 3 faz uma apresentação geral tricolor tipo semáforo dos riscos psicossociais que facilita a leitura e a interpretação dos resultados. Esta síntese dos resultados principais do COPSOQ-II é fácil de comunicar quer à gestão da empresa, quer aos profissionais da saúde ocupacional, quer

aos próprios colaboradores da organização. Conforme foi já explicado, todas as variáveis foram transformadas de forma a que quanto maior for a pontuação, maior é o risco para a saúde. Os três riscos psicossociais com maior impacto negativo para a saúde (i.e., que apresentavam uma pontuação superior a 3.66) e que devem ser vistos como *exigências do trabalho* eram o apoio social dos superiores (64.8%), as exigências emocionais (61.7%) e a influência no trabalho (57.1%). Em contrapartida, os três riscos psicossociais com menor impacto para a saúde (i.e., que apresentavam uma pontuação inferior a 2.33) e que devem ser entendidos como *recursos do trabalho* eram a transparência do papel laboral (93.6%), a comunidade social no trabalho (89.3%) e o significado do trabalho (88.8%).

É importante notar que o impacto dos fatores de risco psicossociais varia em diferentes locais de trabalho, grupos ocupacionais e culturas. Na Tabela 5 poderá comparar-se a média e desvio padrão da amostra deste estudo com os valores normativos da população ativa portuguesa (Silva, *et al.*, 2011). A Figura 4 permite também fazer uma leitura rápida desta comparação e mostra que a média do apoio social dos superiores apresenta valores mais baixos do que os da amostra normativa. Os comportamentos ofensivos reportados pela amostra também são muito superiores aos da população normativa, o que poderá estar relacionado com características idiossincráticas da amostra em estudo que trabalha em contacto com o cliente. Vários estudos mostraram que as exigências das tarefas podem assumir diferentes formas e conduzir a um aumento de problemas de saúde como o stress psicológico (Dollard & McTernan, 2011; Schaufeli & Bakker, 2004).

Importa referir que na organização em estudo, nos últimos 3 anos, houve um aumento do número de acidentes de trabalho e de dias de trabalho perdidos motivados por agressões de clientes. Em 2015, registaram-se 3 acidentes de trabalho e 87 dias de trabalho perdidos; em 2016, registou-se 1 acidente de trabalho e 293 dias de trabalho perdidos; e em 2017 registaram-se 7 acidentes de trabalho e 320 dias de trabalho perdidos. A interação com clientes pode ser uma exigência do trabalho (Bakker & Demerouti, 2007) que requer esforço emocional contínuo.

Na Tabela 6 poderá ler-se a comparação entre a média e desvio padrão dos sintomas psicopatológicos na amostra, na população geral e na população clínica. Os quatro sintomas psicopatológicos com maior prevalência na amostra que são a ideação paranoide (14.16%), a somatização (12.88%), a hostilidade (9.01%) e a ansiedade (8.15%). Tendo em conta a especificidade destas variáveis, as mesmas foram analisadas de forma independente, embora saibamos que o aumento numa das dimensões da psicopatologia se encontra associado a acréscimos em todas as outras dimensões. Não foram, por isso, calculados os índices geral de sintomas, o total de sintomas

positivos e o índice de sintomas positivos. Do ponto de vista clínico, segundo Canavarro (1999) a análise das nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que mais perturba o indivíduo. A leitura dos índices globais apenas permite avaliar, de forma geral, o nível de sintomas psicopatológicos. Ao tratar de forma independente as diferentes dimensões psicopatológicas será possível identificar os seus principais antecedentes.

As correlações entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes variavam entre .13 e .45 (para uma análise detalhada, ver Tabela 7). A hipótese 1 foi confirmada.

As correlações entre as variáveis independentes e as variáveis moderadoras variavam entre .13 e .38 (para uma análise detalhada, ver Tabela 8) e as correlações entre as variáveis dependentes e as variáveis moderadoras variavam entre .14 e .48 (para uma análise detalhada, ver Tabela 9).

Tabela 4. *Correlações entre as Subescalas do COPSOQ II - Riscos Psicossociais no Trabalho (Pearson)*

Dimensão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1. Exigências quantitativas	1																									
2. Ritmo de trabalho	.43**	1																								
3. Exigências cognitivas	.24**	.36**	1																							
4. Exigências emocionais	.29**	.41**	.35**	1																						
5. Influência no trabalho	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.36**	<i>n.s.</i>	1																					
6. Possibilidades de desenvolvimento	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.36**	<i>n.s.</i>	.34**	1																				
7. Previsibilidade	-.30**	-.29**	<i>n.s.</i>	-.29**	.17**	.24**	1																			
8. Transparência do papel laboral	-.15*	<i>n.s.</i>	.13*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.15*	.25**	1																		
9. Reconhecimento	-.17**	-.26**	<i>n.s.</i>	-.22**	<i>n.s.</i>	.26**	.51**	.35**	1																	
10. Conflitos Laborais	.20**	.26**	.14*	.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.25**	-.18**	-.28**	1																
11. Apoio Social de Colegas	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.22**	.16*	.20**	.20**	<i>n.s.</i>	1															
12. Apoio Social de Superiores	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.17**	<i>n.s.</i>	.16*	.19**	.26**	.19**	.39**	<i>n.s.</i>	.34**	1														
13. Comunidade Social no Trabalho	-.19**	-.21**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16*	.15*	.30**	.19**	<i>n.s.</i>	.44**	<i>n.s.</i>	1													
14. Qualidade da Liderança	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	-.15*	.18**	.37**	.38**	.27**	.56**	-.18**	.26**	.54**	.22**	1												
15. Confiança Horizontal	.17**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.16*	<i>n.s.</i>	-.17**	<i>n.s.</i>	-.20**	.24**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.18**	<i>n.s.</i>	1											
16. Confiança Vertical	-.14*	<i>n.s.</i>	.13*	-.16*	<i>n.s.</i>	.19**	.26**	.32**	.40**	<i>n.s.</i>	.26**	.30**	.33**	.25**	<i>n.s.</i>	1										
17. Justiça e Respeito	-.21**	-.23**	<i>n.s.</i>	-.16*	.18**	.27**	.53**	.24**	.58**	-.32**	.19**	.27**	.20**	.43**	-.25**	.30**	1									
18. Autoeficácia	<i>n.s.</i>	-.18**	.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.21**	.23**	.30**	.16*	<i>n.s.</i>	.15*	<i>n.s.</i>	.26**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16*	.31**	1								
19. Significado do Trabalho	-.26**	-.17**	<i>n.s.</i>	-.15*	<i>n.s.</i>	.37**	.33**	.35**	.33**	-.18**	.18**	<i>n.s.</i>	.24**	.27**	<i>n.s.</i>	.27**	.39**	.30**	1							
20. Compromisso com o Local de Trabalho	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.18**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.28**	.22**	.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.21**	<i>n.s.</i>	.23**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.17**	.18**	.21**	.42**	1						
21. Satisfação no Trabalho	-.24**	-.21**	<i>n.s.</i>	-.23**	<i>n.s.</i>	.31**	.46**	.31**	.52**	-.26**	.13*	.21**	.19**	.42**	-.18**	.25**	.51**	.22**	.54**	.30**	1					
22. Insegurança Laboral	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	1				
23. Conflito Trabalho-Família	.43**	.46**	.23**	.38**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.31**	<i>n.s.</i>	-.39**	.27**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.21**	.13*	-.14*	-.26**	<i>n.s.</i>	-.32**	<i>n.s.</i>	-.40**	<i>n.s.</i>	1			
24. Comportamentos Ofensivos	.39**	.40**	.31**	.31**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.35**	<i>n.s.</i>	-.37**	.27**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17**	.13*	-.15*	-.29**	<i>n.s.</i>	-.26**	<i>n.s.</i>	-.43**	.14*	.54**	1		
25. Saúde	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16*	.14*	.20**	<i>n.s.</i>	-.24**	<i>n.s.</i>	1	

Nota: N = 233; p <.01; p <.05.

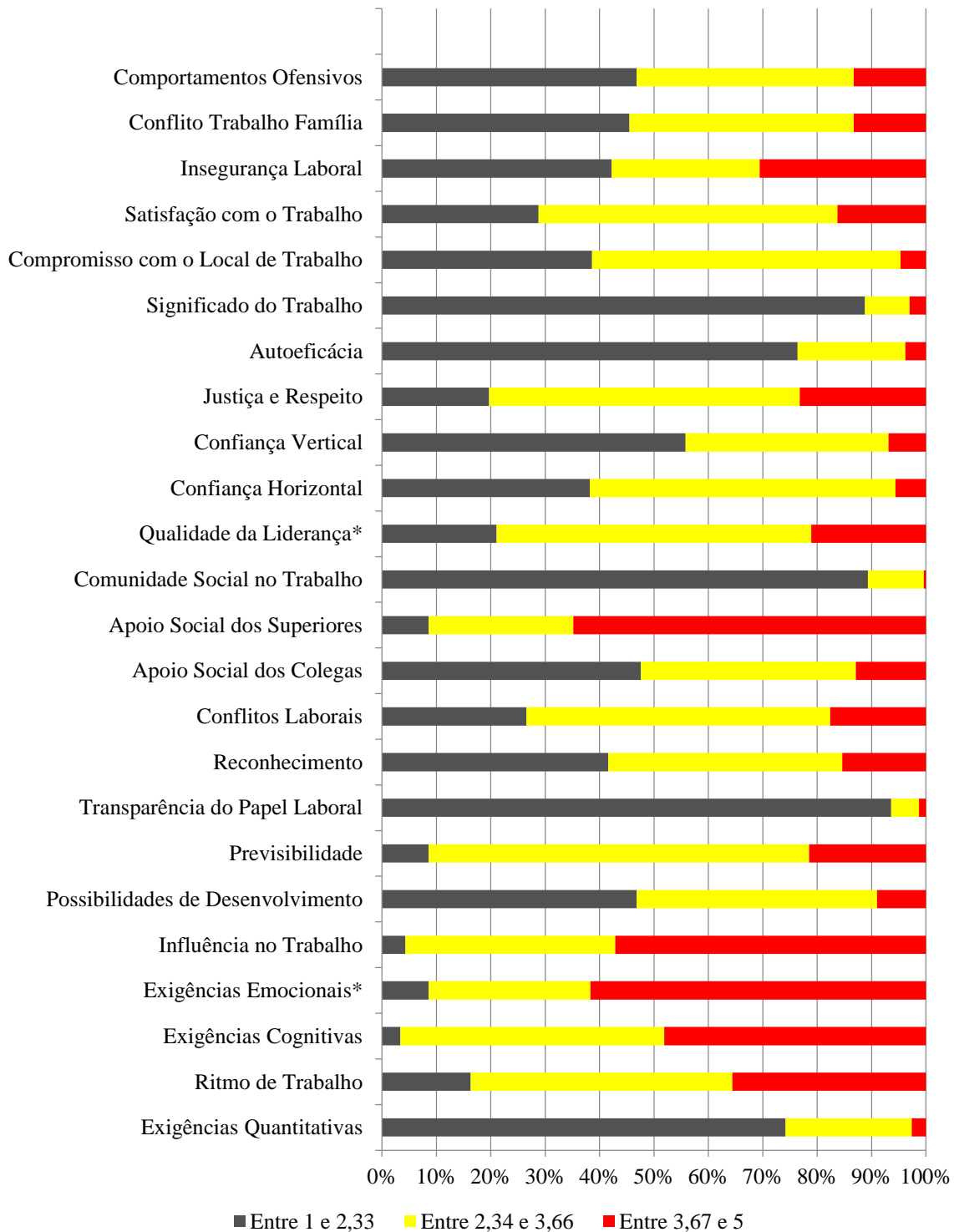


Figura 3. Riscos Psicossociais (Tercis)

Nota: \* 1 missing; \*\* 24 missings.

Tabela 5. *Comparação entre as Médias e Desvios Padrão na Amostra com os Valores de Referência para a População Ativa Portuguesa*

Dimensão	<i>Média Normativa da População Ativa Portuguesa<sup>1</sup></i>		<i>Média da Amostra</i>	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1. Exigências quantitativas	2.48	.86	2.07	.68
2. Ritmo de trabalho	3.18	1.00	3.28	.98
3. Exigências cognitivas	3.79	.71	3.51	.60
4. Exigências emocionais	3.42	1.15	3.76	.97
5. Influência no trabalho	2.83	.89	2.30	.67
6. Possibilidades de desenvolvimento	3.85	.81	3.45	.71
7. Previsibilidade	3.23	.92	2.80	.73
8. Transparência do papel laboral	4.19	.72	4.31	.53
9. Reconhecimento	3.71	.87	3.29	.82
10. Conflitos Laborais	2.94	.69	2,91	.68
11. Apoio Social de Colegas	3.44	.77	3.40	.78
12. Apoio Social de Superiores	3.13	.97	2.30	.85
13. Comunidade Social no Trabalho	3.97	.81	4.23	.61
14. Qualidade da Liderança	3.49	.93	2.96	.79
15. Confiança Horizontal	2.79	.64	2.66	.50
16. Confiança Vertical	3.60	.60	3.47	.44
17. Justiça e Respeito	3.37	.81	2.92	.65
18. Autoeficácia	3.90	.67	4.04	.59
19. Significado do Trabalho	4.03	.72	4.18	.68
20. Compromisso com o Local de Trabalho	3.40	.90	3.49	.82
21. Satisfação no Trabalho	3.37	.75	3.19	.71
22. Insegurança Laboral	3.13	1.47	2.96	1.37
23. Conflito Trabalho-Família	2.67	1.05	2.59	.88
24. Comportamentos Ofensivos	1.23	.48	2.46	.89
25. Saúde	3.44	.91	3.17	.97

<sup>1</sup> Fonte: Silva, C. et al. (2011).

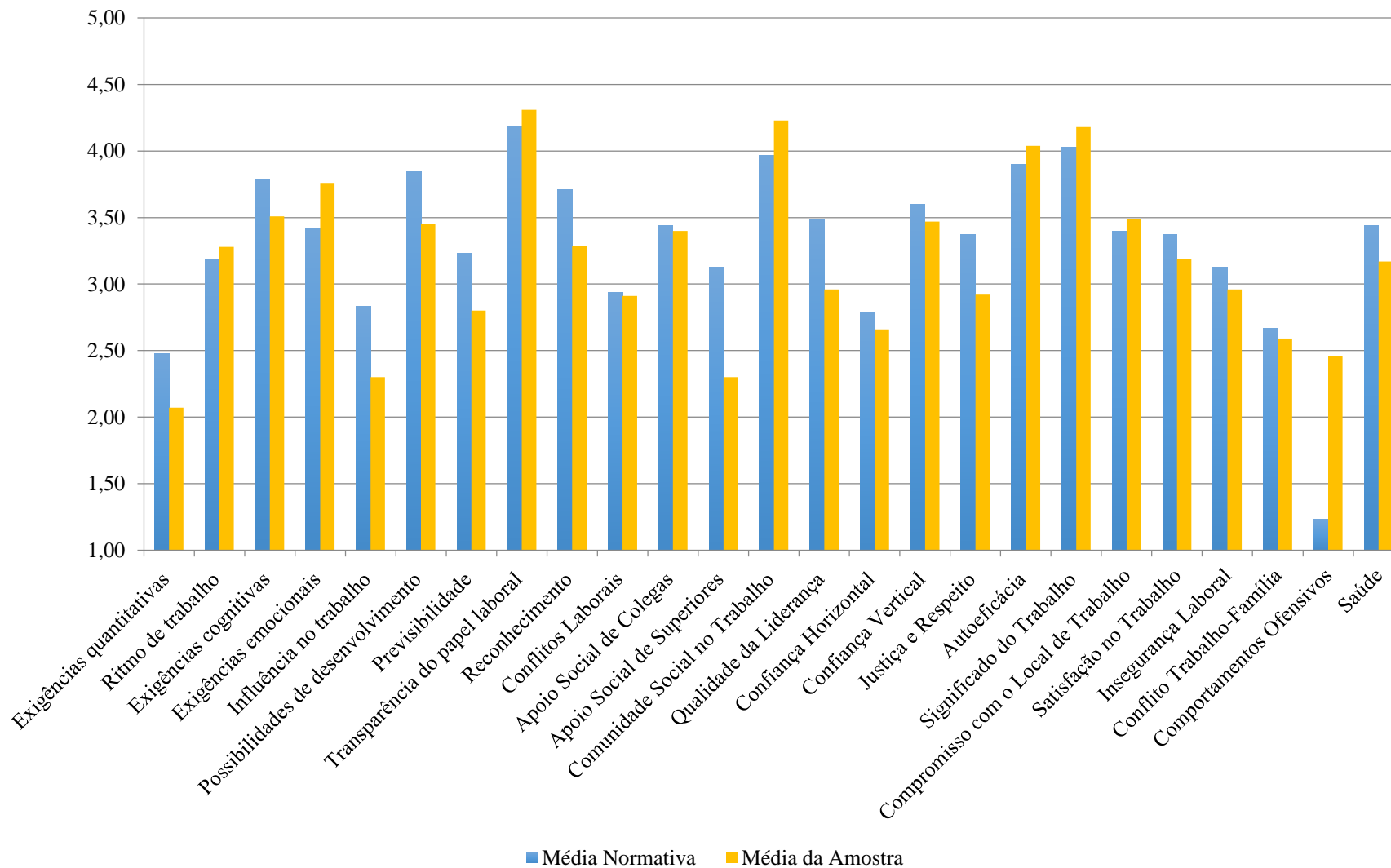


Figura 4. Comparação da Média da Amostra com os Valores de Referência para a População Ativa Portuguesa das Subescalas do COPSOQ-II



Tabela 6. Comparação entre as Médias e Desvios-Padrão dos Sintomas Psicopatológicos na Amostra, na População Geral e nas Perturbações Emocionais

Dimensão	População Geral <sup>1</sup>		Perturbações Emocionais <sup>1</sup>		Amostra		Amostra Com Perturbações Emocionais
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	%
Somatização	.57	.92	1.36	1.00	<b>.51</b>	.65	<b>12.88</b>
Obsessões-compulsões	1.29	.88	1.92	0.93	<b>.71</b>	.67	5.58
Sensibilidade Interpessoal	.96	.73	1.60	1.03	<b>.46</b>	.56	4.29
Depressão	.89	.72	1.83	1.05	<b>.48</b>	.62	5.58
Ansiedade	.94	.77	1.75	.94	<b>.70</b>	.66	<b>8.15</b>
Hostilidade	.89	.78	1.41	.90	<b>.62</b>	.64	<b>9.01</b>
Ansiedade Fóbica	.42	.66	1.02	.93	<b>.29</b>	.47	7.30
Ideação Paranoide	1.06	.79	1.53	.85	<b>.75</b>	.68	<b>14.16</b>
Psicoticismo	.68	.61	1.40	.83	<b>.32</b>	.46	4.29

<sup>1</sup>Canavarro (1999).

Tabela 7. Correlações entre Subescalas do COPSOC-II e as do BSI (Pearson)

Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	I	II	II	IV	V	VI	VII	VIII	XIX	
1. Exigências Quantitativas	1																			
2. Ritmo de Trabalho	.43**	1																		
3. Exigências Cognitivas	.24**	.36**	1																	
4. Exigências Emocionais	.29**	.41**	.35**	1																
5. Influência no Trabalho	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.36**	<i>n.s.</i>	1															
6. Possibilidades de Desenvolvimento	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.36**	<i>n.s.</i>	.34**	1														
7. Previsibilidade	-.30**	-.29**	<i>n.s.</i>	-.29**	.17**	.24**	1													
8. Transparência	-.15*	<i>n.s.</i>	.13*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.15**	.25**	1												
9. Reconhecimento	-.17**	-.26**	<i>n.s.</i>	-.22**	<i>n.s.</i>	.26**	.51**	.35**	1											
10. Conflitos Laborais	.20**	-.26*	.14*	.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.25**	-.18**	-.28**	1										
I. Somatização	.27**	.21**	<i>n.s.</i>	.26**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.18**	<i>n.s.</i>	-.19**	.16*	1									
II. Obsessões-Compulsões	.22**	.22**	<i>n.s.</i>	.26**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.21**	-.21**	-.22**	<i>n.s.</i>	.71**	1								
III. Sensibilidade Interpessoal	.23**	.31**	<i>n.s.</i>	.25**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.20**	-.18**	-.20**	-.23**	.60**	.61**	1							
IV. Depressão	.31**	.31**	<i>n.s.</i>	.21**	<i>n.s.</i>	-.21**	-.26**	-.20**	-.21**	.14*	.63**	.67**	.73**	1						
V. Ansiedade	.35**	.30**	<i>n.s.</i>	.26**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.24**	-.15*	-.24**	.23**	.76**	.68**	.71**	.70**	1					
VI. Hostilidade	.37**	.35**	<i>n.s.</i>	.31**	<i>n.s.</i>	-.19**	-.35**	-.16*	-.30**	.26**	.63**	.65**	.67**	.70**	.70**	1				
VII. Ansiedade Fobica	.25**	.18**	<i>n.s.</i>	.18**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17**	<i>n.s.</i>	-.16*	.19**	.69**	.60**	.67**	.60**	.76**	.56**	1			
VIII. Ideação Paranoide	.26**	.35**	<i>n.s.</i>	.26**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.20**	-.14*	-.29**	.25**	.54**	.55**	.72**	.68**	.62**	.66**	.48**	1		
XIX. Psicoticismo	.30**	.23**	<i>n.s.</i>	.18**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.21**	-.16*	<i>n.s.</i>	.16*	.59**	.58**	.76**	.81**	.69**	.68**	.63**	.68**	1	

Nota: N = 233; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

(Continuação)

Subescalas	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	I	II	II	IV	V	VI	VII	VIII	XIX	
11. Apoio Social de Colegas	1																			
12. Apoio Social de Superiores	.34**	1																		
13. Comunidade Social no Trabalho	.44**	<i>n.s.</i>	1																	
14. Qualidade da Liderança	.26**	.54**	.22**	1																
15. Confiança Horizontal	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.18**	<i>n.s.</i>	1															
16. Confiança Vertical	.26**	.30**	.33**	.43**	<i>n.s.</i>	1														
17. Justiça e Respeito	.19**	.27**	.20**	<i>n.s.</i>	-.25**	.30**	1													
18. Autoeficácia	.15*	<i>n.s.</i>	.26**	.27**	<i>n.s.</i>	.16*	.31**	1												
19. Significado do Trabalho	.18**	<i>n.s.</i>	.24**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.27**	.39**	.30**	1											
20. Compromisso	.21**	<i>n.s.</i>	.23**	.42**	<i>n.s.</i>	.17**	.18**	.21**	.42**	1										
I. Somatização	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.13*	-.17**	-.21**	<i>n.s.</i>	1									
II. Obsessões-Compulsões	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.14*	-.13*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17**	-.31**	-.28**	<i>n.s.</i>	.71**	1								
III. Sensibilidade Interpessoal	<i>n.s.</i>	.14*	-.19**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17**	-.23**	-.29**	<i>n.s.</i>	.60**	.61**	1							
IV. Depressão	-.17*	<i>n.s.</i>	-.30**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.21**	-.30**	-.43**	-.20**	.63**	.67**	.73**	1						
V. Ansiedade	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.15*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.22**	-.28**	-.30**	<i>n.s.</i>	.76**	.68**	.71**	.70**	1					
VI. Hostilidade	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.22**	-.18**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.29**	-.30**	-.42**	-.16*	.63**	.65**	.67**	.70**	.70**	1				
VII. Ansiedade Fobica	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.15*	-.15*	-.26**	-.14*	.69**	.60**	.67**	.60**	.76**	.56**	1			
VIII. Ideação Paranoide	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.20**	<i>n.s.</i>	.14*	<i>n.s.</i>	-.25**	-.19**	-.29**	<i>n.s.</i>	.54**	.55**	.72**	.68**	.62**	.66**	.48**	1		
XIX. Psicoticismo	-.14*	<i>n.s.</i>	-.28**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.13*	-.30**	-.28**	-.18*	.59**	.58**	.76**	.81**	.69**	.68**	.63**	.68**	1	

Nota: N = 233; \* p<.05; \*\* p<0.1

(Continuação)

Subescalas	21	22	23	24	25	I	II	II	IV	V	VI	VII	VIII	XIX
21. Satisfação no Trabalho	1													
22. Insegurança Laboral	<i>n.s.</i>	1												
23. Conflito Trabalho Família	-.40**	<i>n.s.</i>	1											
24. Comportamentos Ofensivos	-.43**	.14*	.54**	1										
25. Saúde	.20**	<i>n.s.</i>	-.24**	<i>n.s.</i>	1									
I. Somatização	-.32**	<i>n.s.</i>	.38**	.31**	-.45**	1								
II. Obsessões-Compulsões	-.34**	.17**	.34**	.22**	-.36**	.71**	1							
III. Sensibilidade Interpessoal	-.27**	.17**	.31**	.27**	-.17**	.60**	.61**	1						
IV. Depressão	-.38**	.15**	.36**	.29**	-.29**	.63**	.67**	.73**	1					
V. Ansiedade	-.41**	.17**	.41**	.38**	-.32**	.76**	.68**	.71**	.70**	1				
VI. Hostilidade	-.45**	<i>n.s.</i>	.42**	.44**	-.22**	.63**	.65**	.67**	.70**	.70**	1			
VII. Ansiedade Fobica	-.28**	<i>n.s.</i>	.32**	.22**	-.22**	.69**	.60**	.67**	.60**	.76**	.56**	1		
VIII. Ideação Paranoide	-.32**	<i>n.s.</i>	.36**	.35**	-.17**	.54**	.55**	.72**	.68**	.62**	.66**	.48**	1	
XIX. Psicoticismo	-.26**	<i>n.s.</i>	.29**	.27**	-.19**	.59**	.58**	.76**	.81**	.69**	.68**	.63**	.68**	1

Nota: N = 233; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < 0.1$

Tabela 8. Correlações entre as Subescalas do COPSOC - II e as do IPC (Pearson)

Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	I	II	II	IV	V	VI	VII	VIII	XIX	X	XI	XII	
1. Exigências Quantitativas	1																						
2. Ritmo de Trabalho	.42**	1																					
3. Exigências Cognitivas	.24**	.36**	1																				
4. Exigências Emocionais	.29**	.41**	.35**	1																			
5. Influência no Trabalho	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.36**	<i>n.s.</i>	1																		
6. Possibilidades de Desenvolvimento	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.36**	<i>n.s.</i>	.34**	1																	
7. Previsibilidade	-.30**	-.29**	<i>n.s.</i>	-.29**	.17**	.24**	1																
8. Transparência	-.15*	<i>n.s.</i>	.13*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.15**	.25**	1															
9. Reconhecimento	-.17**	-.26**	<i>n.s.</i>	-.22**	<i>n.s.</i>	.26**	.51**	.35**	1														
10. Conflitos Laborais	.20**	-.26*	.14*	.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.25**	-.18**	-.28**	1													
I. Conscienciosidade	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	1												
II. Pensamento Positivo	-.15*	-.16*	.15*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.52**	1											
III. Orientação para a Ação	-.20**	-.16*	.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16**	.18**	.30**	.15*	<i>n.s.</i>	.24**	.21**	1										
IV. Desconfiança dos Outros	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.17**	.18**	-.22**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.27**	1									
V. Pensamento Polarizado	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.15*	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17**	.33**	1								
VI. Intolerância	<i>n.s.</i>	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.43**	-.44**	-.34**	.13*	<i>n.s.</i>	1							
VII. Sobre-otimismo Positivo	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.42**	.52**	<i>n.s.</i>	.19*	.24**	-.23**	1						
VIII. Pensamento Poliânico	<i>n.s.</i>	-.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.33**	.44**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16*	-.27**	.53**	1					
XIX. Ausência de Preocupação	<i>n.s.</i>	-.15*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.26**	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.53**	-.32**	-.18**	-.29**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	1				
X. Não Sensibilidade	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.17**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.47**	-.22**	-.24**	-.19**	-.13*	<i>n.s.</i>	.60**	1			
XI. Autoaceitação	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.44**	.34**	.32**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.39**	.23**	.25**	.25**	.29**	1		
XII. Pensamento Supersticioso	.18**	.13*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.16*	-.23**	-.20**	<i>n.s.</i>	-.18**	-.16*	-.57**	.42**	.24**	.25**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.60**	-.57**	-.31**	1	

Nota: N = 233; \* p<.05; \*\* p<.01

(Continuação)

Subescalas	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	I	II	II	IV	V	VI	VII	VIII	XIX	X	XI	XII	
11. Apoio Social de Colegas	1																						
12. Apoio Social de Superiores	.34**	1																					
13. Comunidade Social no Trabalho	.44**	<i>n.s.</i>	1																				
14. Qualidade da Liderança	.26**	.54**	.22**	1																			
15. Confiança Horizontal	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.18**	<i>n.s.</i>	1																		
16. Confiança Vertical	.26**	.30**	.33**	.43**	<i>n.s.</i>	1																	
17. Justiça e Respeito	.19**	.27**	.20**	<i>n.s.</i>	-.25**	.30**	1																
18. Autoeficácia	.15*	<i>n.s.</i>	.26**	.27**	<i>n.s.</i>	.16*	.31**	1															
19. Significado do Trabalho	.18**	<i>n.s.</i>	.24**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.27**	.39**	.30**	1														
20. Compromisso	.21**	<i>n.s.</i>	.23**	.42**	<i>n.s.</i>	.17**	.18**	.21**	.42**	1													
I. Conscienciosidade	.14*	-.16*	.20**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.22**	.17**	.21**	1												
II. Pensamento Positivo	.18*	<i>n.s.</i>	.30**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.13*	<i>n.s.</i>	.28**	.27**	.25**	.52**	1											
III. Orientação para a Ação	.13*	<i>n.s.</i>	.23**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.18**	.16*	.38**	.32**	.16*	.24**	.21**	1										
IV. Desconfiança dos Outros	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.15*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.23*	-.19**	-.22**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.27**	1									
V. Pensamento Polarizado	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.13*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17**	.33**	1								
VI. Intolerância	-.19**	<i>n.s.</i>	-.27**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.27**	-.13*	-.14*	-.43**	-.44**	-.34**	.13*	<i>n.s.</i>	1							
VII. Sobre-otimismo Positivo	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.18**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.42**	.52**	<i>n.s.</i>	.19*	.24**	-.23**	1						
VIII. Pensamento Poliânico	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.18**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.13*	<i>n.s.</i>	.17**	.33**	.44**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16*	-.27**	.53**	1					
XIX. Ausência de Preocupação	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.24**	.16*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.25**	.27**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.53**	-.32**	-.18**	-.29**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	1				
X. Não Sensibilidade	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.19**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	.13*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.47**	-.22**	-.24**	-.19**	-.13*	<i>n.s.</i>	.60**	1			
XI. Autoaceitação	<i>n.s.</i>	-.25**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.28**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.44**	.34**	.32**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.39**	.23**	.25**	.25**	.29**	1		
XII. Pensamento Supersticioso	-.15*	<i>n.s.</i>	-.20**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.18**	-.30**	-.30**	-.14*	-.18**	-.16*	-.57**	.42**	.24**	.25**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.60**	-.57**	-.31**	1	

Nota: N = 233; \* p<.05; \*\* p<0.1

(Continuação)

Subescalas	21	22	23	24	25	I	II	II	IV	V	VI	VII	VIII	XIX	X	XI	XII
21. Satisfação no Trabalho	1																
22. Insegurança Laboral	<i>n.s.</i>	1															
23. Conflito Trabalho Família	-.40**	<i>n.s.</i>	1														
24. Comportamentos Ofensivos	-.43**	.14*	.54**	1													
25. Saúde	.20**	<i>n.s.</i>	-.24**	<i>n.s.</i>	1												
I. Conscienciosidade	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.23**	1											
II. Pensamento Positivo	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.17**	.52**	1										
III. Orientação para a Ação	.17**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.24**	.21**	1									
IV. Desconfiança dos Outros	.18**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.27**	1								
V. Pensamento Polarizado	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.13*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17**	.33**	1							
VI. Intolerância	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.43**	-.44**	-.34**	.13*	<i>n.s.</i>	1						
VII. Sobre-otimismo Positivo	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.20**	.42**	.52**	<i>n.s.</i>	.19*	.24**	-.23**	1					
VIII. Pensamento Poliânico	<i>n.s.</i>	-.19**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.33**	.44**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16*	-.27**	.53**	1				
XIX. Ausência de Preocupação	.19**	-.17**	-.15*	<i>n.s.</i>	.20**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.53**	-.32**	-.18**	-.29**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	1			
X. Não Sensibilidade	<i>n.s.</i>	-.17**	-.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.47**	-.22**	-.24**	-.19**	-.13*	<i>n.s.</i>	.60**	1		
XI. Autoaceitação	<i>n.s.</i>	-.17**	-.15*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.44**	.34**	.32**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.39**	.23**	.25**	.25**	.29**	1	
XII. Pensamento Supersticioso	-.18**	.15*	.22**	<i>n.s.</i>	-.15*	-.18**	-.16*	-.57**	.42**	.24**	.25**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.60**	-.57**	-.31**	1

Nota: N = 233; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Tabela 9. Correlações entre as Subescalas do BSI e as do IPC (Pearson)

Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	I	II	II	IV	V	VI	VII	VIII	XIX	X	XI	XII	
1. Somatização	1																					
2. Obsessões-Compulsões	.71**	1																				
3. Sensibilidade Interpessoal	.60**	.61**	1																			
4. Depressão	.63**	.67**	.73**	1																		
5. Ansiedade	.76**	.68**	.71**	.70**	1																	
6. Hostilidade	.63**	.65**	.67**	.70**	.70**	1																
7. Ansiedade Fóbica	.69**	.60**	.67**	.60**	.76**	.56**	1															
8. Ideação Paranoide	.54**	.55**	.72**	.68**	.62**	.66**	.48**	1														
9. Psicoticismo	.59**	.58**	.76**	.81**	.69**	.68**	.63**	.68**	1													
I. Conscienciosidade	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	1												
II. Pensamento Positivo	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.15*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.52**	1											
III. Orientação para a Ação	-.26**	-.43**	-.41**	-.43**	-.39**	-.38**	-.33**	-.32**	-.43**	.24**	.21**	1										
IV. Desconfiança dos Outros	.18**	.20**	.24**	.23**	.17**	.24**	.14*	.33**	.18**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.27**	1									
V. Pensamento Polarizado	.13*	<i>n.s.</i>	.22**	<i>n.s.</i>	.17**	.20**	.18**	.21**	.14*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.17**	.33**	1								
VI. Intolerância	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.14*	.18**	<i>n.s.</i>	.19**	<i>n.s.</i>	.18**	.17*	-.43**	-.44**	-.34**	.13*	<i>n.s.</i>	1							
VII. Sobre-otimismo Positivo	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.42**	.52**	<i>n.s.</i>	.19*	.24**	-.23**	1						
VIII. Pensamento Poliânico	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.33**	.44**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.16*	-.27**	.53**	1					
XIX. Ausência de Preocupação	-.38**	-.47**	-.46**	-.49**	-.41**	-.41**	-.44**	-.38**	-.48**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.53**	-.32**	-.18**	-.29**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	1				
X. Não Sensibilidade	-.22**	-.32**	-.48**	-.32**	-.37**	-.26**	-.38**	-.29**	-.38**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	.47**	-.22**	-.24**	-.19**	-.13*	<i>n.s.</i>	.60**	1			
XI. Autoaceitação	-.16*	-.20**	-.19**	-.17**	-.16*	-.15*	-.16*	<i>n.s.</i>	-.15*	.44**	.34**	.32**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.39**	.23**	.25**	.25**	.29**	1		
XII. Pensamento Supersticioso	.30**	.42**	.44**	.48**	.39**	.33**	.36**	.36**	.43**	-.18**	-.16*	-.57**	.42**	.24**	.25**	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	-.60**	-.57**	-.31**	1	

Nota: N = 233; \* p<.05; \*\* p<.01



#### 5.4.1. *Diferenças Demográficas*

Embora não tenham sido especificadas hipóteses em relação às diferenças demográficas (idade, sexo, antiguidade, categoria profissional e absentismo auto-relatado), foram calculadas as correlações entre a idade e as restantes variáveis e foram analisadas as diferenças entre subgrupos através de análises de variância (ANOVA, com teste de contraste de Tukey) e testes independentes de *t-student*. A seguir são apresentados os resultados dessas análises, com exceção das diferenças entre categorias profissionais, que não são reportados de forma a proteger a identificação da organização em estudo.

##### 5.4.1.1. *Relação entre as Variáveis Demográficas e os Riscos Psicossociais no Trabalho*

A idade estava correlacionada negativa e significativamente com a satisfação no trabalho ( $r = -.17, p < .01$ ) e positiva e significativamente com o conflito trabalho-família ( $r = .14, p < .05$ ).

Ao analisarmos se os riscos psicossociais variavam em função das características demográficas verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à influência no trabalho e ao conflito trabalho família. Em média, os homens ( $M = 2.34, DP = .73$ ) relatavam maior influência no trabalho do que as mulheres ( $M = 2.27, DP = .60$ ) sendo esta diferença estatisticamente significativa  $t(231) = -.80, p < .05$ . Já no que diz respeito ao conflito trabalho família, as mulheres apresentavam maior conflito trabalho família ( $M = 2.66, DP = .76$ ) do que os homens ( $M = 2.51, DP = .98$ ). Esta diferença era estatisticamente significativa  $t(231) = 1.34, p < .0001$ .

No que se refere à antiguidade, verificou-se que as exigências cognitivas variavam em função da antiguidade,  $F(2, 229) = 3.56, p < .05$ , em que os colaboradores com antiguidade entre 6 e 15 anos ( $M = 3.57, DP = .56$ ) reportavam um maior nível deste tipo de exigência e os colaboradores com menos de 5 anos de antiguidade reportavam um menor nível de exigência cognitiva ( $M = 3.26, DP = .44$ ).

As exigências emocionais também variavam em função da antiguidade,  $F(2, 229) = 4.75, p < .01$ , sendo maiores para os colaboradores com mais de 15 anos de antiguidade ( $M = 3.84, DP = 1.07$ ) e menores para os colaboradores com menos de 5 anos de antiguidade ( $M = 3.17, DP = .83$ ).

A mesma tendência foi observada no que se refere à satisfação no trabalho  $F(2, 229) = 7.66, p < .01$ . Os colaboradores com menos de 5 anos de antiguidade estavam mais satisfeitos com o trabalho ( $M = 3.63, DP = .42$ ) do que os colaboradores com mais de 15 anos de antiguidade ( $M = 3.01, DP = .72$ ).

Também relativamente ao conflito trabalho família  $F(2, 229) = 5.75, p < .01$  os colaboradores com mais de 15 anos de antiguidade ( $M = 2.27, DP = .92$ ) reportavam maior conflito de papéis do que os colaboradores com menos de 5 anos de antiguidade ( $M = 2.04, DP = .81$ ).

Já no que diz respeito aos comportamentos ofensivos  $F(2, 229) = 5.70, p < .01$ , verificou-se que os colaboradores entre 6 e 15 anos de antiguidade reportavam maior exposição a este risco ( $M = 2.54, DP = .85$ ) do que os colaboradores com menos de 5 anos de antiguidade ( $M = 1.88, DP = .85$ ).

No que diz respeito à relação entre os riscos psicossociais no trabalho e o absentismo auto-relatado, verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de absentismo no que diz respeito às exigências cognitivas,  $F(3, 225) = 3.11, p < .05$  e ao ritmo de trabalho  $F(3, 225) = 4.65, p < .01$ . Em ambas as variáveis, os colaboradores que auto-relataram absentismo superior a 10% apresentavam valores mais elevados ao nível das exigências cognitivas ( $M = 3.74, DP = .52$ ) e do ritmo de trabalho ( $M = 3.56, DP = 1.20$ ) e os colaboradores que auto-relataram absentismo entre 3 e 7% apresentavam os valores mais baixos quer para as exigências cognitivas ( $M = 3.27, DP = .63$ ), quer para o ritmo de trabalho ( $M = 2.76, DP = .90$ ).

#### 5.4.1.2. *Relação entre as Variáveis Demográficas e os Sintomas Psicopatológicos*

A idade estava correlacionada positiva e significativamente com a somatização ( $r = .28, p < .01$ ), obsessões-compulsões ( $r = .15, p < .05$ ), a depressão ( $r = .17, p < .01$ ) e a ansiedade ( $r = .19, p < .01$ ).

Relativamente aos sintomas psicopatológicos, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à somatização, obsessões-

compulsões, sensibilidade interpessoal ansiedade e ansiedade fóbica. Em média, as mulheres ( $M = .72$ ,  $DP = .75$ ) auto-reportam maior somatização do que os homens ( $M = .30$ ,  $DP = .44$ ), mais obsessão-compulsão ( $M = .90$ ,  $DP = .75$ ) do que os homens ( $M = .52$ ,  $DP = .51$ ), maior sensibilidade interpessoal ( $M = .55$ ,  $DP = .61$ ) do que os homens ( $M = .38$ ,  $DP = .49$ ), maior ansiedade ( $M = .86$ ,  $DP = .75$ ) do que os homens ( $M = .53$ ,  $DP = .51$ ) e mais ansiedade fóbica ( $M = .38$ ,  $DP = .54$ ) do que os homens ( $M = .20$ ,  $DP = .36$ ). Desta forma, foi confirmada a hipótese 2.

No que toca à relação entre a antiguidade e os sintomas psicopatológicos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a antiguidade na organização e os sintomas psicopatológicos, em que quanto maior era a antiguidade na organização, mais sintomas psicopatológicos reportavam os colaboradores em todas as escalas clínicas, somatização  $F(2, 229) = 17.58$ ,  $p < .0001$ ; obsessões-compulsões  $F(2, 229) = 8.58$ ,  $p < .0001$ ; sensibilidade interpessoal  $F(2, 229) = 6.80$ ,  $p < .01$ ; depressão  $F(2, 229) = 9.78$ ,  $p < .0001$ ; ansiedade  $F(2, 229) = 10.66$ ,  $p < .0001$ ; hostilidade  $F(2, 229) = 6.18$ ,  $p < .01$ ; ansiedade fóbica  $F(2, 229) = 5.81$ ,  $p < .01$ ; ideação paranoide  $F(2, 229) = 9.39$ ,  $p < .0001$ ; psicoticismo  $F(2, 229) = 8.24$ ,  $p < .0001$ .

#### 5.4.1.3. *Relação entre as Variáveis Demográficas e o Pensamento Construtivo*

A idade não estava correlacionada significativamente com nenhuma faceta do pensamento construtivo, nem foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, entre diferentes níveis de antiguidade e de absentismo auto-relatado.

### 5.5. *Validade Preditiva dos Riscos Psicossociais nos Sintomas Psicopatológicos*

Primeiro, foram calculados os coeficientes de correlação para identificar as relações-chave entre as variáveis, conforme foi reportado no ponto 5.4. Posteriormente, a partir destes resultados, foram realizadas várias análises de regressão múltipla, colocando em simultâneo todas as variáveis independentes que apresentavam correlações significativas com cada uma das variáveis dependentes (ver Tabela 10).

Os resultados do teste do modelo para a predição da variável critério somatização, revelaram que o modelo era estatisticamente significativo ( $F = 4.94; p < .0001$ ) explicando 23% da variância total da somatização ( $R^2=.23$ ). No entanto, apenas a autoeficácia ( $\beta = -.15, p < .05$ ), a satisfação no trabalho ( $\beta = -.20, p < .01$ ) e o conflito trabalho família ( $\beta = .21, p < .01$ ) tinham um impacto significativo na somatização.

Para a predição da variável critério obsessões-compulsões, os resultados do teste do modelo revelaram que o modelo era estatisticamente significativo ( $F = 5.73; p < .0001$ ) explicando 29% da variância total das obsessões-compulsões ( $R^2=.29$ ). Neste caso, as variáveis predictoras eram as exigências emocionais ( $\beta = -.13, p < .05$ ), a autoeficácia ( $\beta = -.24, p < .01$ ), a satisfação no trabalho ( $\beta = -.21, p < .01$ ), a insegurança laboral ( $\beta = .14, p < .05$ ) e o conflito trabalho família ( $\beta = .20, p < .01$ ).

No que se refere à variável critério sensibilidade interpessoal, os resultados da regressão múltipla mostraram que o modelo era estatisticamente significativo ( $F = 5.50; p < .0001$ ) explicando 29% da variância total da sensibilidade interpessoal ( $R^2=.29$ ). As exigências emocionais ( $\beta = .14, p < .05$ ), o apoio social de superiores ( $\beta = .24, p < .0001$ ), o significado do trabalho ( $\beta = -.16, p < .05$ ) e a insegurança laboral ( $\beta = .13, p < .05$ ) tinham um impacto significativo na sensibilidade interpessoal.

Os resultados do teste do modelo para a predição da variável critério depressão, revelaram que o modelo era estatisticamente significativo ( $F = 6.64; p < .0001$ ) explicando 36% da variância total da depressão ( $R^2=.36$ ). O significado do trabalho ( $\beta = -.23, p < .01$ ), a satisfação no trabalho ( $\beta = -.16, p < .05$ ) e a insegurança laboral ( $\beta = .15, p < .05$ ) tinham um impacto significativo na depressão.

Relativamente à variável dependente ansiedade, os resultados da regressão múltipla mostraram que o modelo era estatisticamente significativo ( $F = 7.64; p < .0001$ ) explicando 35% da variância total da ansiedade ( $R^2=.35$ ). Somente as exigências quantitativas ( $\beta = .16, p < .05$ ), a autoeficácia ( $\beta = -.19, p < .01$ ) e a satisfação no trabalho ( $\beta = -.26, p < .001$ ) tinham um impacto significativo na ansiedade.

Os resultados do teste do modelo para a predição da variável critério hostilidade, revelaram que o modelo era estatisticamente significativo ( $F = 8.94; p < .0001$ ) explicando 42% da variância total da hostilidade ( $R^2=.42$ ). Contudo, apenas a autoeficácia ( $\beta = -.16, p < .01$ ), o significado do

trabalho ( $\beta = -.16, p < .05$ ) e os comportamentos ofensivos ( $\beta = .18, p < .01$ ) tinham um impacto significativo na hostilidade.

Já para a variável critério ansiedade fobica, os resultados do teste do modelo mostraram que o modelo era estatisticamente significativo ( $F = 3.32; p < .0001$ ) explicando 18% da variância total da ansiedade fobica ( $R^2=.18$ ). No entanto, apenas o conflito trabalho família ( $\beta = .20, p < .05$ ) tinha um impacto significativo na ansiedade fobica.

Para a predição da variável critério ideação paranoide, os resultados do teste do modelo para a sua predição mostraram que o modelo era estatisticamente significativo ( $F = 5.13; p < .0001$ ) explicando 26% da variância total da ideação paranoide ( $R^2=.26$ ). No entanto, nenhuma variável tinha um impacto significativo.

Os resultados do teste do modelo para a predição da variável critério psicoticismo, revelaram que o modelo é estatisticamente significativo ( $F = 4.84; p < .0001$ ) explicando 25% da variância total do psicoticismo ( $R^2=.25$ ). No entanto, apenas a comunidade social no trabalho ( $\beta = -.14, p < .05$ ) e a autoeficácia ( $\beta = -.23, p < .01$ ) tinham um impacto significativo no psicoticismo.

Os resultados do teste do modelo para a predição da variável critério saúde, revelaram que o modelo é estatisticamente significativo ( $F = 4.15; p < .0001$ ) explicando 13% da variância total da saúde auto-relatada ( $R^2=.13$ ). No entanto, apenas a confiança horizontal ( $\beta = .22, p < .01$ ) e o conflito trabalho família ( $\beta = -.20, p < .01$ ) tinham um impacto significativo.

Em síntese, os resultados das análises de regressão múltipla realizados mostraram que (1) quanto mais aumentam as exigências quantitativas do trabalho, maior é a ansiedade; (2) quanto mais aumentam as exigências emocionais, mais aumentam as obsessões-compulsões e maior é a sensibilidade interpessoal; (3) quanto mais apoio social de superiores, mais sensibilidade interpessoal; (4) uma maior percepção de pertença à comunidade social no trabalho está associada a menor psicoticismo; (5) quanto maior é a confiança horizontal, melhor é autoavaliada a saúde; (6) maior autoeficácia está relacionada com menor somatização, menos obsessões-compulsões, menos depressão e ansiedade; (7) a insegurança laboral está associada a mais obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal e depressão; (8) quanto maior é o conflito trabalho-família, maior é a somatização, as obsessões-compulsões, a ansiedade fobica e menor é a saúde; (9) quanto mais comportamentos ofensivos o trabalhador reporta ter experienciado, maior é a hostilidade.

Tabela 10. Resultados da Regressão Hierárquica para a Predição dos Sintomas Psicopatológicos a partir dos Riscos Psicossociais no Trabalho (Beta)

Preditor	Somatização	Obsessões-Compulsões	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade Fóbica	Ideação Paranoide	Psicoticismo	Saúde
Exigências Quantitativas	.08	.01	-.01	.10	<b>.16*</b>	.09	.10	.01	.13	-
Ritmo de Trabalho	-.05	.02	.14	.10	.02	.05	-.04	.14	.02	-
Exigências Emocionais	.09	<b>.13*</b>	<b>.14*</b>	.05	.08	.10	.05	.09	.03	-.03
Possibilidades de Desenvolvimento	-	-	-	-.08	-	-.09	-	-	-	-
Previsibilidade	.03	.01	.01	-.01	.05	-.05	.03	.10	-.01	-
Transparência	-	-.06	-.06	.01	.02	.05	-	-.01	.03	-
Reconhecimento	.04	.00	-.05	.07	.02	.02	.04	-.07	-	-
Conflitos Laborais	.01	-	.07	-.02	.07	.07	.08	.08	.07	-
Apoio Social de Colegas	-	-	-	-.05	-	-	-	-	-.03	-
Apoio Social de Superiores	-	-	<b>.24***</b>	-	-	-	-	-	-	-
Comunidade Social no Trabalho	-	.03	-.06	-.12	.01	-.08	.07	-.07	<b>-.14*</b>	-
Qualidade da Liderança	-.04	.02	-	-	-	.06	-	-	-	-
Confiança Horizontal	-	-	-	-	-	-	-	.05	-	<b>.22**</b>
Justiça e Respeito	.05	.11	.02	.09	.08	.04	.05	-.01	.15	-
Autoeficácia	<b>-.15**</b>	<b>-.24***</b>	-.08	-.12	<b>-.19**</b>	<b>-.16**</b>	-.08	-.08	<b>-.23**</b>	-
Significado do Trabalho	.01	-.08	<b>-.16*</b>	<b>-.23**</b>	-.03	<b>-.16*</b>	-.07	-.10	-.07	.00
Compromisso	-.07	-	-	.01	-	.05	-.03	-	-.05	.08
Satisfação no Trabalho	<b>-.20**</b>	<b>-.21**</b>	-.06	<b>-.16*</b>	<b>-.26***</b>	-.18	-.15	-.07	-.07	.14
Insegurança Laboral	-	<b>.14*</b>	<b>.13*</b>	<b>.15*</b>	.13	-	-	-	-	-
Conflito Trabalho Família	<b>.21**</b>	<b>.20**</b>	.07	.11	.14	.07	<b>.20*</b>	.10	.10	<b>-.20**</b>
Comportamentos Ofensivos	.11	.04	.03	.03	.09	<b>.18**</b>	.00	.13	.10	-
<i>F</i>	4.94	5.73	5.50	6.64	7.64	8.94	3.32	5.13	4.84	4.15
<i>P</i>	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001	.0001
<i>R</i> <sup>2</sup>	.23	.29	.29	.36	.35	<b>.42</b>	.20	.26	.25	.13

Nota: N = 233; \* p < .05; \*\* p < .01, p < .001.

### 5.6. Efeito Moderador do Pensamento Construtivo na Relação entre os Riscos Psicossociais e os Sintomas Psicopatológicos

O efeito moderador do pensamento construtivo, foi testado para todas as variáveis em estudo (24 variáveis independentes, 12 variáveis moderadoras e 9 variáveis dependentes). Contudo, atento o número de variáveis e de possíveis relações, por uma questão de economia de espaço, optou-se pela apresentação das relações consideradas mais relevantes, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista aplicado. Assim, apresenta-se de seguida os resultados do teste das hipóteses de moderação do pensamento construtivo na relação entre a exposição a comportamentos ofensivos e a hostilidade.

Seguindo as recomendações de Baron e Kenny (1986), foram testadas várias hipóteses de moderação através de equações de regressão hierárquica, determinando-se em que medida é que o incremento na variância da hostilidade (variável dependente) era significativo, quando o termo de interação era adicionado ao modelo. Os Gráficos das interações (análises *a posteriori*) foram feitos usando o *Software Modgraph* (José, 2008).

Nos pontos seguintes, apresentam-se os efeitos moderadores significativos que foram encontrados. O pensamento polarizado, a desconfiança dos outros, a ausência de preocupação e o pensamento supersticioso tinham um efeito moderador da relação entre a exposição a comportamentos ofensivos e a hostilidade. Não foram encontrados efeitos significativos para as restantes facetas do pensamento construtivo.

#### 5.6.1. Efeito Moderador do Pensamento Polarizado

Os resultados da análise de regressão revelaram que o pensamento polarizado tinha um papel moderador significativo da relação entre os comportamentos ofensivos e a hostilidade,  $F(3, 229) = 23.06, p < .0001, \beta = .13, t = 2.00, p < .05, effect\ size = 1.44$  por cento, confirmando a hipótese 3. Os resultados dos testes *post hoc* (Aiken & West, 1996; ver Figura 5) revelaram que o efeito da exposição elevada aos comportamentos ofensivos na hostilidade aumenta quando o pensamento é mais polarizado. Quando a exposição aos comportamentos ofensivos é baixa, o pensamento polarizado não tem um efeito significativo na hostilidade.

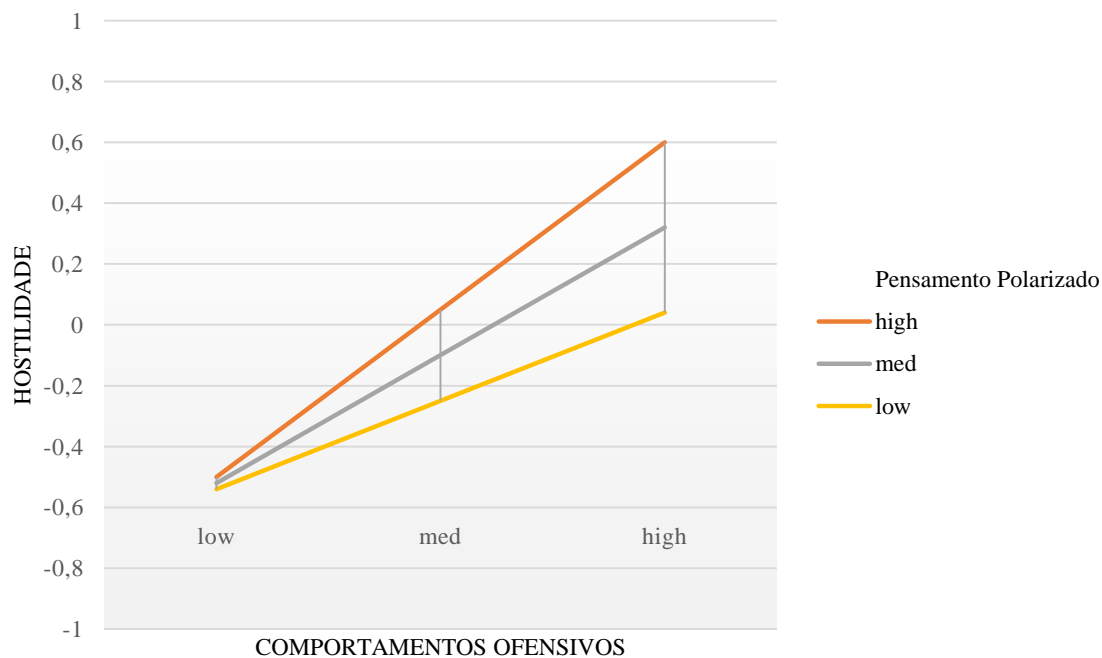


Figura 5. Efeito de Moderação do Pensamento Polarizado na Relação entre os Comportamentos Ofensivos e a Hostilidade

### 5.6.2. Efeito Moderador da Desconfiança dos Outros

Os resultados da análise de regressão revelaram que a desconfiança dos outros tinha um papel moderador significativo da relação entre os comportamentos ofensivos e a hostilidade,  $F(3, 229) = 25.80, p < .0001, \beta = .12, t = 2.03, p < .05, effect\ size = 1.44$  por cento, confirmando a hipótese 3. Os resultados dos testes *post hoc* (Aiken & West, 1996; ver Figura 6) revelaram que quando a exposição aos comportamentos ofensivos é elevada e as pessoas apresentam maior desconfiança em relação aos outros, a hostilidade aumenta. Quando há menos exposição aos comportamentos ofensivos e a desconfiança dos outros também é baixa, a hostilidade é menor.



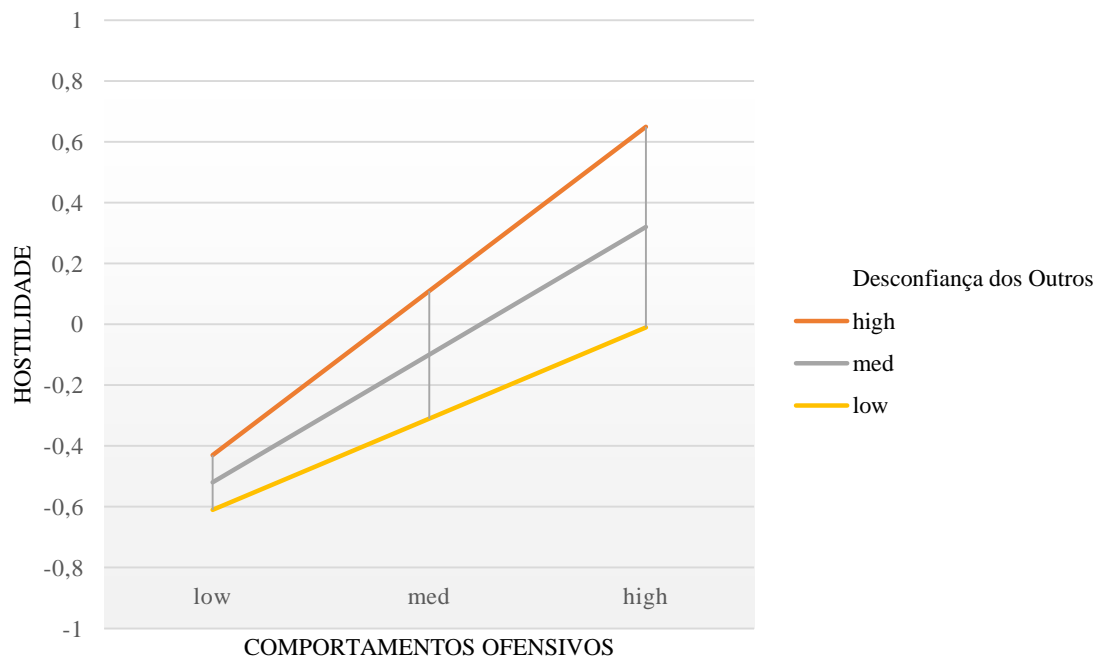


Figura 6. Efeito de Moderação da Desconfiança dos Outros na Relação entre os Comportamentos Ofensivos e a Hostilidade

### 5.6.3. Efeito Moderador da Ausência de Preocupação (Coping Emocional)

Os resultados da análise de regressão revelaram que a ausência de preocupação tinha um papel moderador significativo da relação entre os comportamentos ofensivos e a hostilidade,  $F(3, 229) = 42.56, p < .0001, \beta = -.12, t = 2.11, p < .05, effect\ size = -1.96$  por cento, confirmando a hipótese 3. Os resultados dos testes *post hoc* (Aiken & West, 1996; ver Figura 7) revelaram que as pessoas com baixa ausência de preocupação (i.e., as pessoas muito preocupadas) que são expostas a comportamentos ofensivos elevados apresentam maior hostilidade do que as com elevada ausência de preocupação (i.e., as pessoas pouco preocupadas).

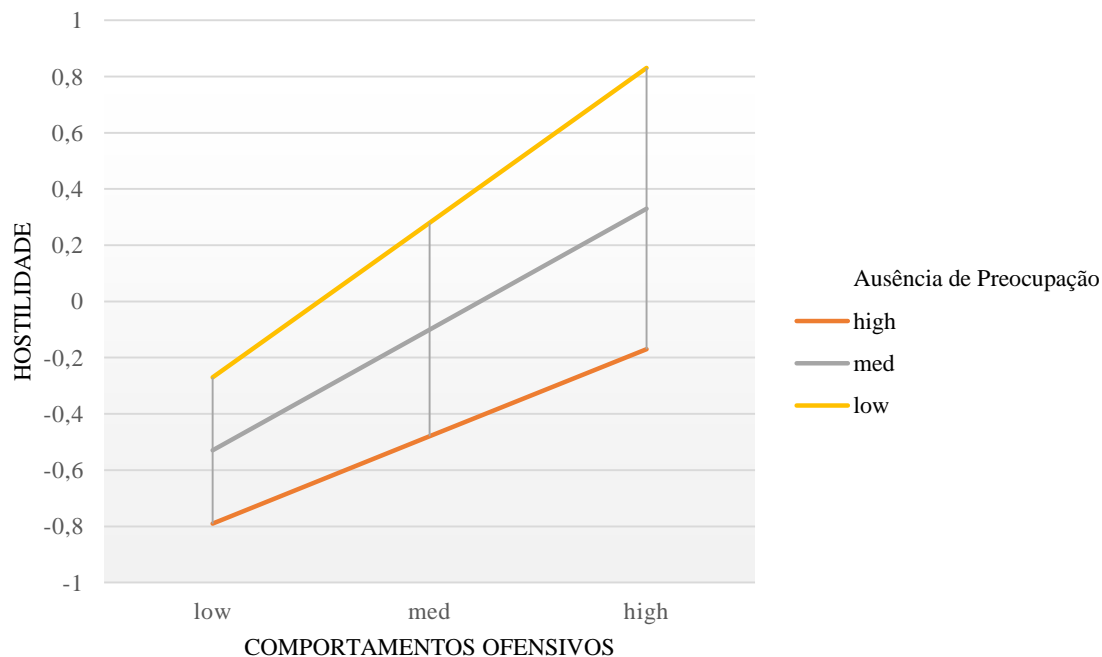


Figura 7. Efeito de Moderação da Ausência de Preocupação na Relação entre os Comportamentos Ofensivos e a Hostilidade

#### 5.6.4. Efeito Moderador do Pensamento Supersticioso

Os resultados da análise de regressão revelaram que o pensamento supersticioso tinha um papel moderador significativo da relação entre os comportamentos ofensivos e a hostilidade,  $F(3, 229) = 33.16, p < .0001, \beta = .13, t = 2.57, p < .05, effect\ size = 1.96$  por cento, confirmando a hipótese 3. Os resultados dos testes *post hoc* (Aiken & West, 1996; ver Figura 8) revelaram que quando os comportamentos ofensivos são elevados e o pensamento supersticioso é elevado o efeito dos comportamentos ofensivos na hostilidade é maior, ou seja, em contexto de elevada ofensividade as pessoas supersticiosas lidam pior com os comportamentos ofensivos do que as que têm um pensamento menos supersticioso. Na presença de baixos comportamentos ofensivos, o pensamento supersticioso seja alto ou baixo, tem quase o mesmo efeito na hostilidade.

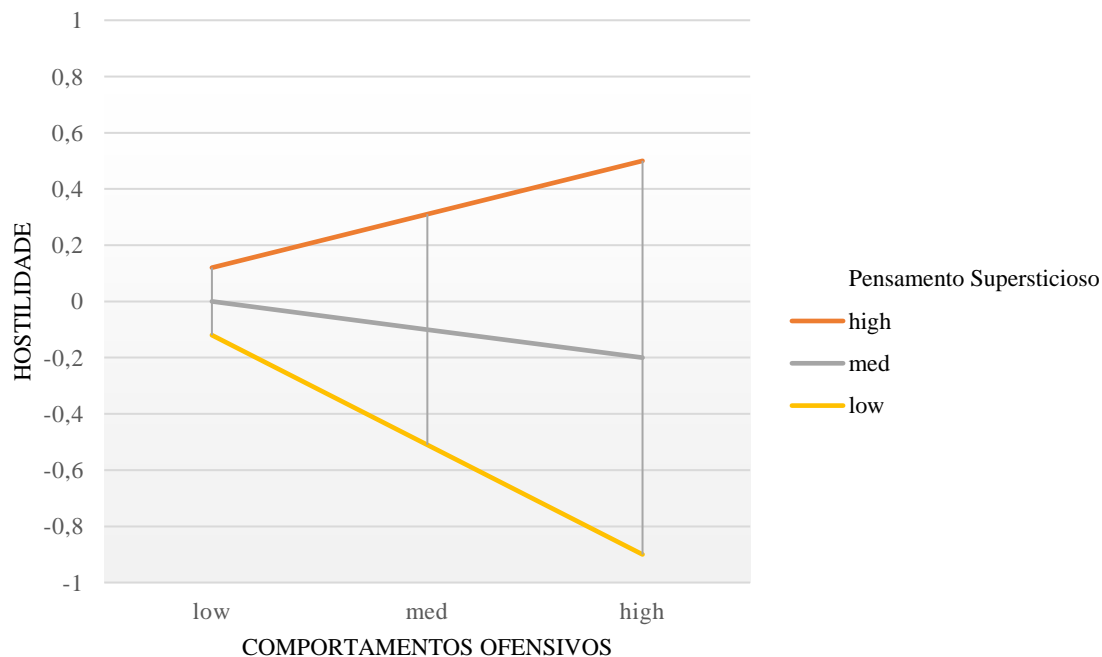


Figura 8. Efeito de Moderação do Pensamento Supersticioso na Relação entre os Comportamentos Ofensivos e a Hostilidade

## 6. Discussão

Os resultados deste estudo podem ser organizados em duas partes. Por um lado, permitiu realizar a identificação e mapeamento dos riscos psicossociais e do seu impacto na saúde mental numa amostra de colaboradores que estão em contacto permanente com o cliente. Por outro lado, permitiu compreender o papel do pensamento construtivo enquanto variável moderadora do efeito da exposição aos comportamentos ofensivos na hostilidade na amostra estudada, tendo-se procedido previamente à validação da estrutura fatorial do Inventário de Pensamento Construtivo (IPC).

Assim, relativamente, à primeira parte, a avaliação de riscos psicossociais no trabalho, inspirada no modelo JD-R, mostrou-se útil no diagnóstico de aspetos problemáticos desta organização e das exigências do trabalho de funções que implicam contacto regular com o cliente. A organização estudada, a partir dos resultados deste diagnóstico, poderá implementar um conjunto de medidas de intervenção direcionadas para os riscos relacionados com o trabalho presentes na organização, conforme se sugere no ponto referente às implicações práticas deste estudo. Portanto, a aplicação do

modelo JD-R constitui um ponto de partida enquanto referencial teórico para este estudo, mas é também um modelo de referência a nível aplicado, pelo facto dos resultados gerados pelo modelo poderem ser, novamente, um ponto de partida para intervenções práticas que deverão suceder a este diagnóstico inicial.

Os participantes identificaram que os três riscos psicossociais com maior impacto negativo para a saúde, ou seja, que apresentavam uma pontuação superior a 3.66 e que devem ser vistos como *exigências do trabalho* eram o apoio social de superiores, as exigências emocionais e a influência no trabalho. O apoio social dos superiores apresentava valores mais baixos do que os da média normativa da população portuguesa. Poderá especular-se que o facto das chefias dos participantes serem rotativas, poderá dificultar a regularidade no apoio dado a estes colaboradores. A interação com clientes pode introduzir fortes exigências emocionais por requerer um esforço emocional contínuo. A baixa influência no trabalho poderá resultar da baixa participação destes trabalhadores nas decisões que têm impacto na sua tarefa, competindo-lhe apenas executar os procedimentos definidos pela organização. As exigências emocionais, conjuntamente com a falta de apoio social dos superiores e a baixa influência no trabalho podem afetar a saúde e o bem-estar psicológico destes colaboradores.

Em contrapartida, os três riscos psicossociais com menor impacto para a saúde, isto é, que apresentavam uma pontuação inferior a 2.33 e que devem ser entendidos como *recursos do trabalho* eram a transparência do papel laboral, a comunidade social no trabalho e o significado do trabalho. A baixa influência no trabalho poderá estar relacionada com a transparência do papel laboral. Apesar de percecionarem que o suporte social dos superiores é baixo, os colaboradores estudados sentem que pertencem a uma comunidade social, o que constitui um fator protetor. Percecionam, também, que a sua função tem um significado importante dentro da organização.

Os resultados referentes à validade preditiva dos fatores psicossociais nos sintomas psicopatológicos revelaram que as exigências quantitativas do trabalho são um preditor da ansiedade enquanto as exigências emocionais são um preditor das obsessões-compulsões e da sensibilidade interpessoal.

Inesperadamente, quanto mais apoio social de superiores era reportado pelos participantes, maior era a sua sensibilidade interpessoal. Este resultado poderá estar relacionado com o facto das pessoas com maior sensibilidade interpessoal necessitarem de maior apoio social das chefias. Poderá também especular-se que o apoio recebido poderá ser percebido como sendo negativo.

A percepção de pertença à comunidade social no trabalho estava associada a menor psicoticismo. Poderá supor-se que a pertença à comunidade social no trabalho funciona como um fator protetor do bem-estar psicológico dos colaboradores.

A confiança horizontal predizia a autoavaliação da saúde. A autoeficácia predizia a somatização, obsessões-compulsões, depressão e ansiedade. A insegurança laboral era um preditor das obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal e depressão. O conflito trabalho-família predizia a somatização, obsessões-compulsões, ansiedade fóbica e saúde auto-relatada. Finalmente, os comportamentos ofensivos prediziam a hostilidade.

A literatura tem mostrado, extensivamente, que a relação entre os riscos psicossociais e a saúde mental é relativamente complexa e pode ser influenciada quer por fatores moderadores, quer mediadores. Este estudo salientou a necessidade de valorizar o pensamento construtivo, entendido como uma competência de *coping* individual em contexto de trabalho. O pensamento construtivo é pode ser definido como a habilidade de resolver problemas do dia-a-dia com o mínimo de stress possível (Epstein, 1980; Epstein & Meier, 1989). O pensamento construtivo foi medido pelo IPC, um questionário de personalidade (*self-report*).

A validação estrutural deste instrumento foi realizada através da análise fatorial exploratória (AFE). Foi confirmada a estrutura fatorial do IPC que inclui seis escalas específicas (*coping* emocional, *coping* comportamental, pensamento categorial, pensamento supersticioso, otimismo ingénuo e pensamento negativo) que descrevem as diferentes formas de pensamento construtivo. A um nível mais específico, a AFE mostrou que a estrutura relacional de todas as escalas era explicada por 3 fatores latentes, com exceção da escala de otimismo ingénuo que era explicada por 2 fatores latentes e da escala de pensamento supersticioso que é unifatorial (não tem subescalas ou facetas específicas). Estes fatores latentes constituem facetas das escalas de pensamento construtivo e descrevem processos fundamentais como o pensamento polarizado ou o pensamento positivo que permitem identificar as formas muito específicas como as pessoas tendem a pensar. Portanto, tal como a inteligência, o pensamento construtivo está organizado hierarquicamente e pode ser diferenciado e integrado.

A maior parte dos estudos que analisaram o papel do pensamento construtivo na saúde e bem-estar usaram a escala de pensamento construtivo global e as diversas escalas do pensamento construtivo e não as suas facetas. Uma vez que as facetas das escalas específicas correspondem a dimensões mais específicas dos processos de processamento da informação, neste estudo, as facetas

foram tratadas, nas análises subsequentes, de forma independente. Esta abordagem permite, por um lado, realizar um diagnóstico baseado no padrão de resultados encontrado e, por outro lado, sugerir à organização medidas de intervenção mais específicas e orientadas para processos mentais mais particulares.

A análise da média e desvio-padrão das facetas de cada escala mostra que os participantes apresentavam um pensamento construtivo caracterizado pelo predomínio do *coping* comportamental, nomeadamente pela orientação para a ação, conscienciosidade e pensamento positivo, existindo elevada homogeneidade entre si relativamente a estes processos mentais. Este tipo de pensamento promove a ação efetiva e a manutenção de uma abordagem otimista da vida que é muito útil para enfrentar novos desafios e recuperar após fracassos. Tendo em consideração que as pontuações elevadas no *coping* comportamental estão associadas a pessoas (a) orientadas para a ação, extrovertidas, otimistas, entusiastas, energéticas e conscienciosas, (b) que não ficam presas ao passado, mas permitem que o passado seja passado e focam a sua energia no planeamento e no desenvolvimento de ações, (c) que aceitam os outros e não guardam ressentimentos, mas reservam a sua energia para a resolução de problemas práticos, parece-nos ser um tipo de pensamento construtivo essencial para trabalhar em funções de atendimento ao cliente. Estes resultados correspondem aos encontrados por Epstein (1998) que reportou que as pessoas que têm um pensamento construtivo orientado para a ação têm mais sucesso porque têm menos problemas psicológicos e stress. O pensamento construtivo está associado a resultados positivos na relação com o cliente pois facilita a resolução de problemas em contexto de trabalho.

Neste estudo, a utilização do IPC permitiu não apenas obter informação relativamente ao pensamento construtivo enquanto estratégia de *coping*, mas também explorar se o pensamento construtivo é um moderador do impacto dos fatores psicossociais na sintomatologia psicopatológica.

Num segundo momento, embora tenha sido testado o efeito moderador do pensamento construtivo para todas as variáveis independentes, moderadoras e dependentes, atento o número de variáveis em estudo e de possíveis relações, por uma questão de economia de espaço, optou-se pela apresentação das relações consideradas mais relevantes, do ponto de vista teórico e do ponto de vista aplicado. A exposição aos comportamentos ofensivos reportada pelos participantes era muito superior à verificada na amostra normativa na população portuguesa. A exposição aos comportamentos ofensivos é um risco psicossocial que contribui para o mau estar psicológico nesta população. Os comportamentos ofensivos, comparativamente a outros riscos psicossociais

relacionados com as características da tarefa, como o controlo do trabalho, foram pouco estudados. Por outro lado, a hostilidade tinha uma prevalência na amostra de 9.01%. Neste âmbito, este estudo analisou a relação entre os comportamentos ofensivos e a hostilidade em colaboradores de uma organização portuguesa no sector dos transportes que realiza o atendimento ao cliente de forma direta e regular.

Neste estudo, a exposição aos comportamentos ofensivos estava correlacionada positivamente com a hostilidade. Estes resultados estão de acordo com a literatura no sentido em que a raiva ocorre quando uma pessoa sente que está a ser tratada de forma injusta ou quando a sua autoestima está a ser ameaçada (Berling, Dupré, & Kelloway, 2009). Por estes motivos, os *stressores* no trabalho que estão relacionados com a raiva e a frustração são vistos como gatilhos da agressão no local de trabalho (Neuman, & Baron, 2005).

Podem ser formuladas duas explicações teóricas para como é que a saúde e bem estar podem influenciar o risco subsequente de ser exposto a comportamentos ofensivos. A primeira explicação é baseada no mecanismo de “*percepção sombria*” que sugere que os colaboradores que com menor saúde e bem-estar têm menor tolerância à exposição aos comportamentos ofensivos e, conseqüentemente, têm limites mais restritos para interpretar certos comportamentos como ofensivos. A segunda explicação vai no mesmo sentido da perspectiva social interacionista da agressão e sugere que os colaboradores com menos saúde e bem-estar podem violar expectativas, aborrecer os outros, e até violar as normas sociais da interação cordial e amigável e desencadear nos outros o comportamento ofensivo. Pode ocorrer um círculo vicioso de eventos em que ambas as partes são agressivas, conduzindo a um círculo de perpetrador torna-se alvo, desenvolvendo problemas de saúde mental, e o alvo se torna ele perpetrador.

A maior parte das teorias sobre a agressão no local de trabalho focaram especificamente *como e porque* é que a agressão se desenvolve. No entanto, uma variedade de fatores pessoais e situacionais podem contribuir para o desenvolvimento da agressão no local de trabalho. Neste estudo, hipotetizou-se que o pensamento construtivo é um recurso interno que pode atuar como um moderador do impacto dos comportamentos ofensivos no trabalho na hostilidade.

As hipóteses de moderação foram testadas através de equações de regressão hierárquica que mostraram que o incremento na variância da hostilidade era significativo quando a exposição aos comportamentos ofensivos era elevada em interação com a elevação do pensamento polarizado, da desconfiança dos outros, da preocupação e do pensamento supersticioso. Portanto, a ausência de

preocupação diminui o impacto dos comportamentos ofensivos na hostilidade e o pensamento polarizado, a desconfiança dos outros e o pensamento supersticioso magnificam o impacto da exposição dos comportamentos ofensivos na hostilidade.

Será, contudo, necessário realizar mais investigações para estabelecer esta forma do processo (moderação). É importante salientar que o sistema experiencial, em muitas circunstâncias, mesmo em níveis simples, pode ser mais eficaz na resolução de problemas como sejam lidar com comportamentos ofensivos no trabalho do que o sistema racional. O pensamento intuitivo pode ser usado eficazmente sem que se tenha consciência dos princípios que estão envolvidos. Além disso, a análise racional pode interferir com o funcionamento do sistema experiencial resultando em julgamentos mais pobres do que quando as pessoas apenas se baseiam nas suas impressões intuitivas. O sistema experiencial também tem a capacidade de operar em níveis mais elevados de complexidade e pode contribuir para o desenvolvimento intuitivo.

Portanto, as várias relações de moderação encontradas mostram que há uma associação íntima entre o pensamento construtivo e a adaptação psicológica ao trabalho. O pensamento construtivo pode ser visto como um recurso pessoal que torna a pessoa mais funcional nas suas interações com o cliente, protegendo-a dos custos físicos e psicológicos que estas interações podem envolver. O pensamento construtivo pode mitigar o efeito da exposição aos comportamentos ofensivos na hostilidade na medida em que, sendo uma face do sistema experiencial, é superior em relação à capacidade e atributos não intelectuais, promove a empatia e a criatividade e boas relações interpessoais. Em resultado, o conteúdo e a organização dos esquemas no sistema experiencial estão associados ao bem-estar mental. Estes resultados mostram que o processamento no sistema experiencial tem o potencial de influenciar a adaptação psicológica das pessoas aos riscos profissionais a que estão expostas. Este resultado vai ao encontro da literatura que mostra que o sistema experiencial pode aliviar o desenvolvimento de várias doenças e promover o bem-estar (e.g., tratamento do cancro; Epstein, 1989).

Concluindo, e mais importante, o pressuposto de que funcionamos de duas formas fundamentalmente diferentes tem implicações para a sobrevivência humana. Existem hoje, no mundo em geral e do trabalho, em particular, novas exigências que requerem outros recursos pessoais, nomeadamente um pensamento diferente. Em primeiro lugar, é importante que façamos uma reflexão sobre a forma como pensamos. É importante reconhecer que a nossa mente é ocupada por dois sistemas, um racional e outro experiencial e que esta funcionará melhor se ambos os sistemas funcionarem harmoniosamente. Ao não compreendermos a mente experiencial e a sua influência na



mente racional, por mais que tentemos ser racionais, a nossa racionalidade será afetada pela nossa natureza inerentemente experiencial. Cultivando ambas, iremos conseguir atingir maior capacidade adaptativa à às novas exigências do mundo contemporâneo, incluindo no trabalho.

### **Limitações**

Este estudo apresenta várias limitações. Desde logo, os processos na vida real do trabalho podem ser mais complexos, necessitando de ser melhor representados por um desenho de investigação longitudinal e experimental, do que por um desenho de investigação transversal e correlacional. A correlação não implica causalidade. Mesmo quando as correlações estão de acordo com a teoria, apenas constituem uma evidência frágil dos pressupostos causais dessa teoria. Para aumentar a compreensão sobre a direccionalidade da relação entre as variáveis será importante realizar estudos longitudinais, em que sejam recolhidos dados em, pelo menos, dois pontos no tempo, com um ou dois anos de intervalo. Dessa forma, será possível conhecer melhor as dinâmicas a curto e longo prazo, dos efeitos dos riscos psicossociais na saúde e bem-estar dos colaboradores.

Por outro lado, os coeficientes de correlação e regressão podem nem sempre ser os mais adequados para comparar efeitos. Por exemplo, a violência física repetida, por exemplo, é relativamente rara em contexto organizacional. Existem, por isso, consideráveis restrições na variância tornando impossível haver correlações elevadas com esta variável. A exposição a comportamentos ofensivos no local de trabalho tem um impacto negativo a longo prazo na saúde mental (e.g., Finne, Knardahl, & Lau, 2011; Hoobler, Rospenda, Lemmon, & Rosa, 2010; Rugulies et al., 2012) sendo, por isso, os seus efeitos melhor captados por estudos longitudinais.

Este estudo, devido a limitações temporais, apenas usou dados quantitativos e técnicas de análise de dados quantitativos num único tempo. Embora este tipo de metodologias tenha vantagens e desvantagens, no futuro, será desejável, completar o presente estudo com uma abordagem de natureza qualitativa. A utilização destas metodologias aumentarão o *insight* sobre o fenómeno em estudo ao permitirem um maior aprofundamento da natureza, causas e consequências da exposição aos riscos psicossociais no trabalho.

Relativamente à forma como as variáveis dependentes foram medidas, embora os resultados do BSI possam servir como uma forma de triagem de situações clinicamente significativas, não se confinam a essa função, dado que permitem avaliar o mal estar sintomático ao longo de um contínuo

que vai desde o mal estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico até ao mal-estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas (Derogatis & Titzpatrick, 2004). Portanto, os resultados do BSI devem ser usados como ponto de partida para a exploração de outros dados mais aprofundados sobre os participantes, devendo este estudo ser completado com outros instrumentos com maior profundidade diagnóstica. Ainda assim, foi verificada a validade das variáveis critério, tendo-se concluído que a saúde auto-relatada estava negativa e significativamente correlacionada com todas as variáveis dependentes, ou seja, quanto menor era a saúde mais sintomas psicopatológicos os colaboradores apresentavam. Também a taxa de absentismo auto-relatada estava positiva e significativamente correlacionada com a somatização, obsessões-compulsões, com a depressão, ansiedade, bem como a ansiedade fóbica. Portanto, quanto mais elevada era a somatização, a ansiedade, as obsessões-compulsões e a depressão, maior absentismo apresentavam os participantes. Para a hostilidade, ideação paranoide e psicoticismo não foram, contudo, encontradas correlações significativas.

Pelos motivos apontados, as relações entre as variáveis devem ser interpretadas com prudência. Embora tenham sido estudadas as relações entre diferentes conceitos heterogéneos, continuam por explorar porque é que estas variáveis covariam e em que sentido. Este estudo permite obter uma classificação heurística que descreve *que* conceitos estão relacionados uns com os outros e *como* é que estão relacionados uns com os outros, mas não especifica *porque* é que estão relacionados uns com os outros. Esta limitação poderá ser resolvida em estudos futuros, usando outras teorias e outras metodologias complementares. Por exemplo, os comportamentos ofensivos estavam correlacionados positiva e significativamente com a hostilidade. No entanto, a hostilidade pode ser vista quer como uma variável dependente no contexto da exposição aos comportamentos ofensivos, quer como uma resposta imediata à exposição a esse risco ou como uma estratégia de *coping* não adaptativa. As reações afetivas ao stress e o *coping* emocional são habitualmente difíceis de diferenciar. A hostilidade surge, muitas vezes, como resposta à exposição à agressão de outros (Geen, 2001) e pode ser visto como uma estratégia de *coping* não adaptativa (Semmer, & Meier, 2009).

Estudos longitudinais sobre as relações de causa-efeito entre a agressão psicológica e os problemas de saúde mental mostram que a *baseline* de saúde mental é um forte preditor da exposição futura à agressão. Este estudo, permitiu apenas ter conhecimento da *baseline* nesta organização. Seria interessante em estudos futuros verificar se a hostilidade é um preditor dos comportamentos futuros.

As limitações metodológicas incluem ainda um conjunto de enviesamentos de resposta como sejam o efeito de *hallo* ou método de variância comum resultantes da utilização de uma medida de auto-relato.

Outra limitação deste estudo remete para a constituição da amostra. Foi selecionado um conjunto de pessoas de uma população estatística para estimar as características de toda a população. Para se obter uma seleção válida e representativa, um dos pressupostos básicos é que os participantes sejam selecionados a partir de um mecanismo de randomização. A amostra utilizada neste estudo baseou-se em técnicas de amostragem por conveniência, o que poderá aumentar o risco de se obter uma amostra enviesada e não-aleatória, não sendo possível generalizar os resultados à população. Todos os participantes encontravam-se ao serviço no momento da aplicação do questionário, não tendo sido considerados neste estudo os colaboradores ausentes por motivo de doença. Será pertinente que estudos futuros, incluam não apenas os colaboradores que se encontram a trabalhar no momento da recolha de dados, como também aqueles que se encontram ausentes por motivo de doença. Tal abordagem aumentará a variância do absentismo, o que permitirá estabelecer o efeito dos comportamentos ofensivos no absentismo.

Portanto, os resultados devem ser interpretados de acordo com a forma como o fenómeno foi medido e é necessário ter alguma prudência quando se compara resultados que foram obtidos através de diferentes métodos.

### **Implicações Práticas**

Este estudo permitirá à organização desenvolver um conjunto de intervenções tendo em consideração os riscos psicossociais presentes nos locais de trabalho estudados. A identificação e mapeamento dos antecedentes do bem-estar psicológico e saúde dos colaboradores estudados, permitirá à organização desenhar e implementar intervenções específicas com vista a focar determinados problemas e preocupações.

Tendo em consideração que este estudo focou funções específicas desta organização, que apresentam características idiossincráticas decorrentes do contacto regular com o cliente, as intervenções poderão ser dirigidas diretamente para as exigências e/ou recursos destas funções e não para a organização como um todo. Estas intervenções podem assumir diferentes formas, desde mudanças no redesenho de alguns aspetos destas funções (e.g., aumentar a influência no trabalho) a

programas de formação até à mudança cultural. No final, os resultados da intervenção devem ser avaliados. Aconselha-se a realização de um *follow-up* do questionário inicial em que os mesmos conceitos sejam medidos novamente um ano depois. A comparação dos resultados deste *follow-up* com os do estudo inicial darão uma clara indicação dos efeitos da intervenção e em que medida alguns problemas identificados foram resolvidos.

Os programas de formação poderão ser direcionados quer para os seus colaboradores que estão em contacto permanente com o cliente, visando o desenvolvimento de competências nomeadamente de assertividade, quer destinados às suas chefias com vista a promover o apoio social das suas equipas. Os resultados deste estudo mostram também que poderá ser particularmente importante desenvolver ações de formação que promovam uma maior consciência das consequências dos estilos de pensamento menos construtivos (e.g., pensamento categorial e supersticioso) e do seu impacto no atendimento ao cliente.

Outra implicação prática deste estudo que queremos salientar remete para o recrutamento e seleção de pessoas que trabalham no atendimento ao cliente. Os processos de recrutamento e seleção para este tipo de funções deverá incluir não apenas medidas de inteligência racional, mas também medidas de inteligência experiencial. Estas últimas estão mais associadas à avaliação da capacidade de resolução de problemas interpessoais, a aspetos mais práticos da vida e ao bem-estar físico e emocional.

Finalmente, será também pertinente desenvolver um programa de apoio psicológico para os colaboradores expostos a situações interpessoais de conflito com clientes com o objetivo de prevenir o aparecimento de perturbações psicológicas decorrentes da exposição a comportamentos ofensivos, nomeadamente ansiosas e depressivas e até perturbação de stress pós-traumático.

### **Implicações Teóricas**

Este estudo tem implicações relevantes para várias disciplinas da psicologia, em particular para a psicologia do trabalho e das organizações e psicologia clínica e da saúde. Para a primeira porque mostra o quanto é importante considerar de forma integrada os dois sistemas quando se faz o recrutamento e seleção de colaboradores que têm por função o atendimento ao cliente, bem como a necessidade de realizar ações de formação que promovam o desenvolvimento de competências ao nível do sistema experiencial. Para a segunda porque mostra o valor do sistema experiencial no

diagnóstico e na terapia. De acordo com a CEST, o objetivo da terapia é produzir mudanças no sistema experiencial. Existem três processos básicos para atingir isto: (1) usar o sistema racional para influenciar o sistema experiencial (e.g., disputa de pensamentos irracionais); (2) aprender diretamente a partir de experiências emocionalmente significativas (e.g., através da resolução de problemas na vida real, através de relações construtivas na relação com outros significativos, incluindo o terapeuta); (3) comunicar com o sistema experiencial através dos seus próprios meios, nomeadamente através da fantasia. Esta última abordagem é particularmente promissora não só porque o sistema racional pode usar a fantasia para influenciar o sistema experiencial, mas também porque pode aprender com a intuição do sistema experiencial através do conhecimento de como é que o sistema opera.

### **Estudos Futuros**

Uma questão ainda pendente na literatura sobre a agressão no local de trabalho é em que medida é que diferentes formas de agressão (e.g., incivildade, *bullying*, supervisão abusiva, conflito interpessoal) podem variar no que diz respeito às suas consequências.

Neste estudo foi testado um modelo de moderação em que o pensamento construtivo foi testado como variável moderadora do efeito da exposição aos comportamentos ofensivos na hostilidade. Em estudos futuros, com uma amostra de maior dimensão, poderá ser testado um modelo de mediação, em que os comportamentos ofensivos têm um efeito indireto na saúde mental, mediado por processos cognitivos, como por exemplo, por processos atribucionais em que as reações mais adversas à exposição aos comportamentos ofensivos ocorrem em vítimas que atribuem a culpa a si próprias. As reações emocionais (emoções positivas e negativas) e comportamentais podem ser também possíveis variáveis mediadoras desta relação entre a agressão no local de trabalho e a saúde mental. Também será interessante explorar em que medida é que a relação entre os comportamentos ofensivos e a saúde mental dos colaboradores não poderá ser, parcialmente, atribuível à insatisfação com os procedimentos da empresa em situações de conflito, nomeadamente com o apoio social dos superiores recebido.

Para além de ser um resultado da agressão, a saúde e bem-estar também podem mediar as relações entre os comportamentos ofensivos e outros resultados como o absentismo. A exposição a comportamentos ofensivos poderá conduzir a uma diminuição das atitudes em relação ao trabalho (e.g., satisfação com o trabalho, envolvimento organizacional) e a maior absentismo. A relação entre

a exposição a comportamentos ofensivos e a saúde e bem-estar no trabalho é complexa e diferentes relações causais são possíveis e deverão ser melhor exploradas em estudos futuros.

Será também pertinente estender este estudo a outras funções dentro da organização estudada, bem como replicar este estudo noutras populações de outros setores que não o do transportes e que também trabalham no atendimento ao cliente.

Este estudo realizou a análise fatorial exploratória do IPC. Será importante realizar uma análise fatorial confirmatória ao IPC recorrendo a uma amostra mais ampla e heterogénea.

Em conclusão, em estudos futuros, será fundamental fortalecer a qualidade metodológica deste estudo, com métodos mais sofisticados que permitam uma visão mais compreensiva do fenómeno em estudo. Maior atenção deve ser dada à identificação e teste de possíveis variáveis mediadoras e moderadoras, bem como às associações invertidas entre as variáveis.

Para testar estas relações, deverão ser usados métodos mais avançados e desenhos de investigação mais complexos, com maior validade interna e externa e em que seja possível determinar a direccionalidade entre as variáveis. Os estudos longitudinais serão valiosos na medida em que dão indicações sobre as relações causais e permitem a deteção de relações invertidas entre as variáveis. É também de salientar o potencial das abordagens experimentais, não obstante se reconhecer a existência de limitações éticas claras que limitam a manipulação de diferentes níveis de exposição aos riscos psicossociais, nomeadamente aos comportamentos ofensivos que foram especificamente aqui abordados.

## Referências

- Adler, A. (1954). *Understanding human nature*. New York: Fawcett.
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1996). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 989-1003.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, *22*(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, *10*, 170-180.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, *1*, 389-411.
- Balducci, C., Alfano, V., & Fraccaroli, F. (2009). Relationships between mobbing at work and MMPI-2 personality profile, post-traumatic stress symptoms, and suicidal ideation and behavior. *Violence and Victims*, *24*(1), 52-67.
- Barling, J., Dupré, K. E., & Kelloway, E. K. (2009). Predicting workplace aggression and violence. *Annual Review of Psychology*, *60*, 671-692.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173-1182.
- Baruch, Y. (2005). Bullying on the net: Adverse behavior on e-mail and its impact. *Information & Management*, *42*(2), 361-371.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety, and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Bradley, G. L., McColl-Kennedy, J. R., Sparks, B. A., Jimmieson, N. L., & Zapf, D. (2010). Service encounter needs theory: A dyadic, psychosocial approach to understanding service encounters. In W. J. Zerbe, C. E. J. Hartel, & N. M. Ashkanasy (Eds.), *Research on emotions in organizations. Volume 6. Emotions and creativity, learning, change and development* (pp. 231-259). Bingley, UK: Emerald Group Publishers/JAI.
- Bruner, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. New York, NY: John Wiley and Sons, Inc.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (II vol.)* pp. 87-109. Braga: SHO-APPURT.
- Cashdan, S. (1988). *Objet relations therapy: Using the relationship*. New York: Norton.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1994). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. In A. Steptoe & J. Wardle (Eds.), *Psychosocial processes and health: A reader* (pp. 348-368). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Deery, S., Walsh, J., & Guest, D. (2011). Workplace aggression: The effects of harassment on job burnout and turnover intentions. *Work, Employment and Society*, 25(4), 742-759.
- Dejours, C. (2013). A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33(2), 9-28.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W B. (2001). The Job Demands Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.



- Derogatis, L. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: Natural Computers System.
- Derogatis, L., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI) and the BSI-18. In M. M. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (3<sup>rd</sup> ed.; Vol. 3: Instruments for adults; pp. 1-41). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dollard, M. F. & McTernan, W. (2011). Psychosocial safety climate: a multilevel theory of work stress in the health and community service sector. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(4), 287-293.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.
- ENWHP – European Network for Workplace Health Promotion (2011). *A guide to promoting mental health in the workplace: Employer's Resource*. Essen: BKK Bundesverband.
- EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work (2011). *OSH in figures: Occupational safety and health in the transport sector – an overview*. European Risk Observation Report. Luxembourg: Publications of the European Union.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited or a theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 404-416.
- Epstein, S. (1976). Anxiety, arousal, and the self-concept. In I. G. Saranson & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 3, pp. 183-224). Washington, DC: Hemisphere.
- Epstein, S. (1980). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. In E. Staub (Ed.), *Personality: Basic issues and current research* (pp. 82-132). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Epstein, S. (1981). The unity principles versus the reality and pleasure principles, or the tale of the scorpion and the frog. In M. D. Lynch, A. A. Norem-Hebisen, & K. J. Gersen (Eds.), *Self-concept: Advances in theory and research* (pp. 27-37). Cambridge, MA: Ballinger.

- Epstein, S. (1983). The uncounscious, the preconscious and the self-concept. In J. Suls & A. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 2, pp. 219-247). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Epstein, S. (1985). The implications of cognitive-experiential self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 15, 283-310.
- Epstein, S. (1987). Implications of cognitive self-theory for psychopathology and psychotherapy. In N. Cheshire & H. Thomas (Eds.), *Self-esteem and psychotherapy* (pp. 43-58). New York: Wiley.
- Epstein, S. (1990a). The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In D. Ozer, J. M. Healy, Jr., & A. J. Stewart (Eds.), *Perspectives on personality* (Vol. 3). Greenwich, CT: JAI Press.
- Epstein, S. (1990b). Cognitive-experiential self-theory: Implications for developmental psychology. In M. R. Gunnar (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology series*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Epstein, S. (1990c). Cognitive-Experiential Self-Theory. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and Research* (pp. 165-192). New York: Guilford.
- Epstein, S. (1993). *Manual for the Constructive Thinking Inventory*, Unpublished manuscript, University of Massachusetts, Amherst.
- Epstein, S., & Katz, L. (1992). Coping ability, stress, productive load, and symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 813-825.
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fairbairn, W. R. D. (1954). *An object relations theory of the personality*: New York: Basic Books.

- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. R., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 138-150.
- Finne, L. B., Knardahl, S., & Lau, B. (2011). Workplace bullying and mental distress - a prospective study of Norwegian employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, *37*(4), 276-286.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*, 219-239.
- Geen, R. G. (2001). *Human aggression* (2<sup>nd</sup> edition). New York, NY: Taylor & Francis.
- Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., Berglund, P.A. & Corey-Lisle, P.K. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychology*, *64*(12), 1465–1475.
- Hansen, Å. M., Høgh, A., Persson, A., Karlson, B., Garde, A. H., & Ørbæk, P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(1), 63-72.
- Hauge, L. J., Skogstad, A., & Einarsen, S. (2010). The relative impact of workplace bullying as a social stressor at work. *Scandinavian Journal of Psychology*, *51*(5), 426-433.
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., & Jackson, A. P. (2003). Resources loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 632-643.
- Hoobler, J. M., Rospenda, K. M., Lemmon, G., & Rosa, J. A. (2010). A within-subject longitudinal study of the effects of positive job experiences and generalized workplace harassment on well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, *15*(4), 434-451.
- Høgh, A., Borg, V., & Mikkelsen, K. L. (2003). Work-related violence as a predictor of fatigue: A 5-year follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *Work & Stress*, *17*(2), 182-194.

- José, P. E. (2008). *ModGraph-I: A programme to compute cell means for the graphical display of moderation analyses: The internet version*. Version 3.0. Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand.
- Judge, T. A., Bono, J. E., Erez, A., & Locke, E. A. (2005). Core self-evaluations and job and life satisfaction: The role of self-concordance and goal attainment. *Journal of Applied Psychology, 90*, 257-268.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Health work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Virtanen, M., Elovainio, M., Keltikangas-Järvinen, L., Puttonen, S., ... Vathera, J. (2004). Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: Prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(5), 417-422.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- Kristensen, T. S. & Borg, V. (2000). Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ): English version.
- Krohne, H. W. (1993). Attention and avoidance: Two central strategies in coping with aversiveness. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 3-50). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Lazarus, R. S. (1993) From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, 1-26.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lecky, P. (1961). *Self-consistency: A theory of personality*. Hamden, CT: Shoe String Press.
- Lee, R. T., Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology, 81*, 123-133.
- Lei 102/2009, de 10 de Setembro. Diário da República n.º 176/2009, Série I de 10-09-2009 (pp. 6167 - 6192). <http://data.dre.pt/eli/lei/102/2009/09/10/p/dre/pt/html>.

Lei 3/2014, de 28 de Janeiro. Diário da República n.º 19/2014, Série I de 2014-01-28 (pp. 554 - 591).  
<http://data.dre.pt/eli/lei/3/2014/01/28/p/dre/pt/html>.

Leka, S., & Houdmont, J. (2010). *Occupational Health Psychology*. John Wiley and Sons.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.

Mikkelsen, E. G., & Einarsen, S. (2002). Relationship between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 397-405.

Morgan, H. J., & Janoff-Bulman, R. (1994). Positive and negative self complexity: Patterns of adjustment following traumatic versus nontraumatic life experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 63-85.

Neuman, J. H., & Baron, R. M. (2005). Aggression in the workplace: A social-psychological perspective. In S. Fox & P. E. Spector (Eds.), *Counterproductive behavior. Investigation of actors and targets*. Washington, DC: American Psychological Association.

Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., Drummond, A., Philip, P., Phys, O. (2009). Workplace bullying and sleep disturbances: Finding's from a large scale cross-sectional survey in the French working population. *Sleep*, 32(9), 1211-1219.

Rodríguez-Muñoz, A., Notelaers, G., & Moreno-Jiménez, B. (2011). Workplace bullying and sleep quality: The mediating role of worry and need for recovery. *Behavioral Psychology-Psicologia Conductual*, 19(2), 453-468.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rugulies R., Madsen, I. E. H., Hjarsbech, P. U., Høgh, A., Borg, V., Carneiro, I. G., & Aust, B. (2012). Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 38(3), 218-227.

- Schat, A. C. H., Frone, M. R., & Kelloway, E. K. (2006). Prevalence of workplace aggression in the U.S. workforce: Findings from a national study. In E. K. Kelloway, J. Barling, & J. J. Hurrell (Eds.), *Handbook of workplace violence* (pp. 47-89). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schat, A. C. H., & Kelloway, E. K. (2005). Workplace aggression. In J. Barling, M. R. Frone, & E. K. Kelloway (eds.), *Handbook of work stress* (pp. 189-218). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. In G. F. Bauer & O. Hämming (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 43-68). Dordrecht, The Netherlands: Springer.
- Scheier, M. E., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schwartz, M. D., Lerman, C., Miller, S. M., Daly, M., & Masny, A. (1995). Coping disposition, perceived risk, and psychological distress among women at increased risk for ovarian cancer. *Health Psychology*, 14, 232-235.
- Semmer, N. K., & Meier, L. L. (2009). Individual differences, work stress, and health. In C. L. Cooper, J. Campbell Quick, & M. J. Schabracq (Eds.), *International handbook of work and health psychology* (3<sup>rd</sup> edition, pp. 99-121). Chichester, UK: John Wiley and Son, Ltd.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-Haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J. & Nossa, P. (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Porto: Análise Exacta - Consultadoria, Formação e Edição de livros.

- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1983). Extensional versus intuitive reasoning. The conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review*, 90, 293-315.
- Vie, T. L., Glasø, L., & Einarsen, S. (2010). Does trait anger, trait anxiety or organizational position moderate the relationship between exposure to negative acts and self-labelling as a victim of workplace bullying? *Nordic Psychology*, 62(3), 67-79.
- Vie, T. L., Glasø, L., & Einarsen, S. (2012). How does it feel? Workplace bullying, emotions and musculoskeletal complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 165-173.
- Vitz, P. S. (1990). The use of stories in moral development: New psychological reasons for an old education method. *American Psychologist*, 45, 709-720.
- Winstanley, S., & Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress*, 16(4), 302-315.
- Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, W. B. (2009). Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources. *Journal of Organizational and Occupational Psychology*, 82, 183-200.
- Zapf, D., Knorz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 52(2), 215-238.

**ANEXO**





## Consentimento Informado

Eu, Carla Maria Araújo Fernandes dos Santos Fernandes Fugas, encontro-me a desenvolver uma investigação, sob a orientação do Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista no Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Os objetivos principais deste estudo são identificar os fatores psicossociais presentes no seu ambiente de trabalho e a sua relação com a saúde mental dos trabalhadores. Este estudo permitirá à sua empresa identificar as potenciais áreas de risco a melhorar na organização do trabalho. A identificação de riscos, mais do que uma imposição legal, deve ser vista como uma estratégia de sinalização das áreas em que é necessário prevenir e intervir eficazmente.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração para preenchimento de um questionário com a duração aproximada de 45 minutos.

A sua participação no presente estudo é voluntária, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem nenhuma penalização ou prejuízo. É garantida a confidencialidade dos seus dados, uma vez que não será identificado(a) pelo seu nome. Caso tenha alguma dúvida ou queira, posteriormente, ter acesso aos resultados da investigação, poderá entrar em contacto comigo, através do e-mail: [carla.fugas@campus.ul.pt](mailto:carla.fugas@campus.ul.pt) ou do contacto telefónico 963809383.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade em colaborar.

Se concorda em participar neste estudo, por favor assine em baixo. Este documento vai ser separado do questionário.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

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

Carla Santos Fugas

Telmo Mourinho Baptista

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa