

**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Medicina de Lisboa**



**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: ESTUDO  
OBSERVACIONAL DE DETERMINANTES BIOPSISSOCIAIS  
E PRESENTISMO**

Maria João Heitor Marques dos Santos Leal da Costa

Orientador: Professor Doutor José Manuel Domingos Pereira Miguel

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em  
Medicina

Especialidade - Medicina Preventiva e Saúde Pública

2019



**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Medicina de Lisboa**



**Promoção da saúde mental no trabalho: estudo observacional de  
determinantes biopsicossociais e presentismo**

Maria João Heitor Marques dos Santos Leal da Costa

Orientador: Professor Doutor José Manuel Domingos Pereira Miguel

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em  
Medicina

Especialidade - Medicina Preventiva e Saúde Pública

Presidente do Júri: Doutor José Augusto Gamito Melo Cristino, Professor Catedrático  
e Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Vogais:

Doutor Fernando Miguel Teixeira Xavier, Professor Catedrático da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Doutora Maria Isabel Guedes Loureiro, Professora Catedrática da Escola Nacional de  
Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

Doutor José Manuel Domingos Pereira Miguel, Professor Catedrático Jubilado da  
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Doutor António José Feliciano Barbosa, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina  
da Universidade de Lisboa

Doutor António Cândido Vaz Carneiro, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina  
da Universidade de Lisboa



Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade da sua autora, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.



A impressão desta tese foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19 de março 2019.





Aos meus filhos, Ricardo e Mafalda.

Ao Fernando.

À memória do meu pai.

À minha mãe e à minha irmã.

Aos meus doentes e a todos aqueles que confiam nos meus cuidados.



## **Agradecimentos**

À minha Família, com a qual fui partilhando os meus sucessos e insucessos no mar tumultuoso dos afetos e que sentiram também na pele a extrema dificuldade que pode ser a conciliação trabalho-família.

Ao meu Orientador, Professor Doutor José Pereira Miguel, que ao valorizar o peso da saúde pública, me fez considerar esta escolha da saúde mental pública e da medicina preventiva, à qual, por ironia do destino ou do passado, me estavam ligadas profundas raízes familiares. Agradeço todas as suas sugestões e ensinamentos, sempre que os solicitei, ao longo deste percurso, em particular na escrita da tese.

À Professora Doutora Maria do Céu Machado, Doutor José Maria Albuquerque e, mais tarde, Dr. Francisco George e Dra. Catarina Sena, com a colaboração de Dra. Telma Gaspar e Dra. Belmira Rodrigues, pela possibilidade de cofinanciamento do projeto no qual se insere o trabalho da tese.

Às Bolsistas de investigação, Mestre Joana Carreiras pela sua dedicação ao longo de grande parte do projeto, Dra. Marta Godinho e, em certos momentos, Doutora Alexandra Dinis e Dra. Sara Ambrósio, a todas pelo empenho e profissionalismo com que desempenharam as suas funções.

Aos Peritos, nomeadamente na análise estatística, em particular ao Professor Doutor Sérgio Moreira, mas também ao Professor Doutor João Marôco e à Mestre Ana Lúcia Marôco, à Professora Doutora Lisete Maria de Sousa, às Dras. Heloísa Galante e Cláudia Mendes e, ainda, aos Professores Doutores Pedro Aguiar e Baltazar Nunes, pelo apoio nesta área.

Às Investigadoras, Doutoradas Astrid Vicente e Mafalda Bourbon, e às suas colaboradoras, entre elas, Mestre Inês Zêzere, Dra. Isabel Picanço e Dra. Joana Canilho, pelo papel fundamental na componente biológica da tese.

Aos Drs. Elisa Lopes e Filipe Rocha, pela colaboração, respetivamente, no trabalho de campo e no apoio informático.

À Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro e Dra. Joana Faria Anjos, pela disponibilização da versão traduzida de uma das escalas.

À Dra. Rita Marques, pela colaboração na revisão das medidas legislativas promotoras da saúde e da parentalidade de trabalhadores em vida ativa.

Ao Professor Doutor António Barbosa, pela sua permanente disponibilidade e por um dia me ter sugerido aliar a componente biológica à psicossocial.

À Professora Doutora Maria Luísa Figueira, pelo voto de confiança que sempre me demonstrou, nomeadamente na Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), o que também contribuiu para me dar alento em momentos mais difíceis deste percurso.

Ao Professor Doutor António Vaz Carneiro, pelo seu incentivo, colaboração noutros projetos e pelas suas magníficas aulas nas quais pude aprender e aperfeiçoar as minhas competências de investigação.

Aos Mestres Osvaldo Santos e Ana Virgolino, com os quais partilhei outros projetos de investigação em áreas afins, e à Dra. Daniela Fialho, pelo apoio em certas ilustrações da tese.

À Professora Doutora Leonor Bacelar Nicolau, ao Dr. Paulo Nicola e ao Professor Doutor Ricardo Gusmão, pela revisão da tese e pelos seus comentários que muito a enriqueceram.

À Professora Doutora Maria de Fátima Reis, que já há muitos anos me guiou nos primeiros passos de um artigo de cariz científico.

Aos Colegas Professores Doutores Carlos Góis, Pedro Afonso, Ricardo Gusmão, Teresa Maia e Mariana Neto, pela partilha das suas teses de doutoramento ou de elementos das mesmas, e ao Mestre Luís Saboga Nunes pela partilha da sua dissertação de mestrado.

Aos parceiros internacionais, em particular Professor Sir Cary Cooper, mas também aos Drs. Matthew Smeed, Jack Evans, Anthea Cooke, Tony Coggins e Sarah Simpson, pela oportunidade de partilha de conhecimentos e experiências.

À Doutora Joana Teixeira Ribeiro, à Dra. Pauline Rosado e à Mestre Carla Vieira, pelo suporte na formatação da tese, assim como à Dra. Mafalda Leal da Costa pela colaboração em aspetos gráficos da mesma.

Ao Dr. André Silva e à Dra. Sofia Amador pelo apoio, quando solicitado, na disponibilização de bibliografia e, à Dra. Sofia Amador, também pela revisão de texto da tese.

À Administração da Caixa Económica Montepio Geral (CEMG), à Direção de Recursos Humanos e às Dras. Maria do Carmo Bragança e Helena Pita Soares da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

Aos Participantes no estudo, trabalhadores na CEMG, que dispuseram do seu tempo e privacidade. Sem eles, nada disto teria sido possível.

Aos meus Mestres que foram seguramente muitos com quem fui apreendendo, ao longo da minha vida, o gosto e a curiosidade da descoberta, da experimentação e do querer saber.

Aos honoráveis Membros do Júri, agradeço o tempo dedicado à leitura e avaliação da minha tese.

Às Pessoas, anónimas, que me ajudaram a não desistir de um desafio que, a certa altura da minha vida, fez-me sentido abraçar.

Finalmente, aos que porventura deveria ter expressado o meu reconhecimento e que não estão aqui designados.

A Todos, Bem-Hajam.

## **Agradecimentos institucionais**

Ao, então, Alto Comissariado da Saúde (ACS)

À Direção-Geral da Saúde (DGS)

Ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

À Associação para Investigação e Desenvolvimento (AIDFM) da Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa (FMUL)

À Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

À Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

À Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

À Manchester Business School, University of Manchester

À Caixa Económica Montepio Geral (CEMG)

Ao Instituto de Medicina Preventiva e de Saúde Pública (IMPSP) e ao Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da FMUL

À Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, onde me licenciiei e tenho orgulho de ainda estar ligada.



A Multidão, FLC, 2000

*O trabalho deveria ser uma procura diária de significado de vida e não um morrer lento de segunda a sexta-feira.*

(adaptado de Studs Terkel, *Working*, 1974)

*As pessoas só conseguem atingir o seu pleno potencial de saúde quando são capazes de assumir o controlo daquelas “coisas” que determinam a sua saúde.*

(adaptado de Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986)





Esta tese foi redigida ao abrigo do novo acordo ortográfico da língua portuguesa.



**ÍNDICE**

<b>PREÂMBULO .....</b>	<b>xiv</b>
<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>xvii</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>xix</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>xxi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xxvii</b>
<b>RESUMO GRÁFICO.....</b>	<b>xxxiii</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>xxxiv</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>xxxv</b>
<b>LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>xxxvi</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>xliii</b>
<b>GUIÃO DE LEITURA .....</b>	<b>xliv</b>
<b>Capítulo 1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Investigação, políticas e prática .....	3
1.1.2 Saúde Mental em Todas as Políticas .....	4
1.1.3 Saúde mental pública .....	5
1.1.4 Saúde mental positiva .....	6
1.1.5 Perturbações mentais comuns .....	7
1.1.6 Bem-estar subjetivo e felicidade .....	8
1.1.7 Determinantes da saúde .....	12
1.1.8 Desigualdades em saúde .....	15
1.1.9 Determinantes da saúde mental, desigualdades e abordagem biopsicossocial ...	20
1.1.10 Desigualdades em saúde mental no local de trabalho .....	23
1.1.11 Fatores de risco .....	25
1.1.11.1 Fatores de risco individuais intrínsecos .....	27
1.1.11.2 Fatores psicossociais de risco.....	29
1.1.11.3 Carga de trabalho e ritmo de trabalho.....	30
1.1.11.4 Desenvolvimento na carreira .....	31
1.1.11.5 Papel na organização.....	31
1.1.11.6 Relações interpessoais no trabalho.....	33

1.1.11.7 Interface trabalho-casa .....	34
1.1.12. Fatores de risco na interação indivíduo-ambiente .....	35
1.1.13. Fatores de proteção .....	36
1.1.13.1 Fatores de proteção intrínsecos do indivíduo .....	36
1.1.14 Promoção da saúde mental e prevenção da doença mental no local de trabalho .....	36
1.1.15 Impacte na saúde mental.....	38
1.1.16 Organização contemporânea do trabalho e emprego.....	39
1.1.17 Suporte social no local de trabalho.....	43
1.1.18 Absentismo, morbilidade psicológica e comorbilidade .....	45
1.1.19 Presentismo, produtividade, morbilidade psicológica e comorbilidade .....	48
1.1.20 Comorbilidade somática relacionada com o absentismo e o presentismo .....	51
1.1.21 Morbilidade psicológica no local de trabalho .....	55
1.1.22 Resposta ao <i>stress</i> .....	59
1.1.23 Sistema noradrenérgico e sistema nervoso simpático .....	61
1.1.24 Sistemas dopaminérgico e serotoninérgico.....	62
1.1.25 <i>Stress</i> relacionado com o trabalho.....	63
1.1.26 Resiliência.....	67
1.1.27 Marcadores genéticos .....	71
1.1.28 Saúde mental, emprego e desemprego .....	71
1.1.29 Satisfação Laboral .....	73
1.1.30 Modelos de <i>stress</i> laboral .....	76
1.1.30.1 Modelo de exigência-controlo ou Modelo Karasek e Theorell.....	77
1.1.30.1.1 Controlo.....	78
1.1.30.2 Modelo do desequilíbrio esforço-recompensa ou modelo de Siegrist.....	84
1.1.31 Conciliação entre trabalho e família .....	89
1.1.32 Avaliação de impacte na saúde mental e bem-estar .....	90
1.1.33 Realidade Portuguesa .....	91
1.1.34 Legislação, trabalho e proteção da saúde.....	92
1.2 Modelo concetual do tema central da tese .....	95
<b>Capítulo 2 – OBJETIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>99</b>
2.1 Objetivos gerais.....	99
2.2 Objetivos específicos.....	100
2.3 Questões e hipóteses de investigação e articulação com os objetivos específicos ....	102
2.4 Construção do modelo de análise .....	108
<b>Capítulo 3 - MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>111</b>
3.1 Desenho do Estudo .....	111

3.1.1 Pré-teste .....	112
3.2 População – alvo e amostra .....	113
3.2.1 Trabalhadores da CEMG não participantes no estudo .....	114
3.2.2 Critérios de inclusão na amostra .....	114
3.2.3 Critérios de exclusão na amostra .....	114
3.2.4 Recrutamento dos trabalhadores da CEMG participantes no estudo .....	115
3.2.5 Seleção da amostra e estratégia de amostragem .....	116
3.2.6 Caracterização sumária da amostra .....	118
3.3 Procedimento .....	118
3.3.1 Instrumento de avaliação .....	118
3.3.2 Processo de recolha de dados .....	120
3.3.2.1 Recolha de dados antropométricos e medição da pressão arterial .....	120
3.3.2.2 Recolha de dados biológicos para análise de marcadores analíticos .....	121
3.3.2.3 Recolha de dados psicossociais .....	121
3.3.3 Tabela sinóptica de variáveis.....	123
3.3.4 Análise de dados.....	124
3.3.4.1 Recodificação de variáveis.....	124
3.3.4.2 Análises preliminares.....	125
3.3.4.3 Estudos das medidas .....	125
3.3.4.3.1 Saúde física (ASSET).....	125
3.3.4.3.2 Saúde mental (ASSET e MHI5).....	126
3.3.4.3.3 Felicidade subjetiva (SHS).....	127
3.3.4.3.4 Satisfação no trabalho.....	128
3.3.4.3.5 Grau de interferência do trabalho na vida familiar.....	128
3.3.4.3.6 Análises fatoriais exploratórias e confirmatórias.....	129
3.3.4.4 Análise exploratória.....	129
3.3.4.4.1 Análises descritivas univariadas e multivariadas .....	129
3.3.4.4.2 Análise de regressão linear hierárquica por passos.....	130
3.3.4.4.3 Análise de regressão linear múltipla .....	133
3.3.4.4.4 Análises de variância (ANOVAs) .....	133
3.3.4.4.5 Análises com modelos de equações estruturais .....	134
3.3.4.4.6 Análises dos dados da componente biológica do estudo .....	134
3.3.5 Síntese de materiais e métodos .....	139
3.3.6 Ética .....	140
<b>Capítulo 4 - RESULTADOS.....</b>	<b>145</b>
RESULTADOS DE ESTUDOS GLOBAIS EXPLORATÓRIOS .....	145
4.1 Resultados da análise descritiva com o perfil do trabalhador .....	145
4.1.1 Resultados das análises descritivas univariadas e bivariadas .....	158
4.1.2 Síntese das análises descritivas na amostra global .....	160

4.2 Análises de prevalências .....	161
4.2.1 Prevalência de presentismo .....	161
4.2.3 Prevalência de sofrimento psicológico .....	169
4.2.4 Síntese dos resultados das análises de prevalências na amostra global .....	179
4.3 Análise da auto-perceção do estado de saúde e preditores da perceção de saúde	184
4.3.1 Síntese da análise da auto-perceção do estado de saúde e de preditores da perceção de saúde .....	186
4.4 Análise da associação entre absentismo e presentismo, e entre absentismo e sofrimento psicológico .....	187
4.4.1 Síntese das análises de associação entre absentismo e presentismo, e entre absentismo e sofrimento psicológico .....	188
4.5 Resultados do modelo de regressão linear múltipla.....	189
4.6 Resultados das ANOVAs .....	190
4.6.1 Síntese das ANOVAs .....	193
4.7 Resultados das análises da componente biológica .....	194
4.7.1 Análise exploratória descritiva da subamostra .....	194
4.7.2 Dados antropométricos e de pressão arterial .....	202
4.7.3 Dados bioquímicos .....	202
4.7.4 Dados genéticos .....	202
4.7.5 Síntese das análises da componente biológica na subamostra .....	202
RESULTADOS DE ESTUDOS PARCELARES ESPECÍFICOS .....	204
4.8 Estudos realizados .....	204
4.8.1 Estudo 1: Estudo das características psicométricas e da estrutura fatorial do A <i>Shortened Stress Evaluation Tool</i> .....	204
(ASSET: 460,474) .....	204
4.8.1.1 Artigo publicado .....	204
4.8.2 Estudo 2: Estudo das características psicométricas e da estrutura fatorial da <i>Connor-Davidson Resilience Scale</i> (CD-RISC; Connor et al. (391)) .....	205
4.8.4 Estudo 4: Estudo da conciliação trabalho-família .....	226
4.8.4.1 Artigo em elaboração para ser submetido para publicação .....	231
4.8.5 Estudo 5: Estudo do papel mediador da saúde mental na relação entre as dimensões da escala ‘perceções sobre o trabalho’ e o presentismo absoluto .....	236
4.8.5.1 Artigo em processo de submissão para publicação .....	242
4.8.6 Estudo 6: Estudo de determinantes biológicos e psicossociais no local de trabalho, resiliência, genética, risco cardiovascular, <i>white collars</i> e <i>blue collars</i> , saúde mental e bem-estar .....	243
1.8.6.1 Artigo em processo de submissão para publicação .....	255

---

4.8.7 Estudo 7: O papel mediador da saúde mental na relação entre o compromisso, do trabalhador face à organização e da organização face ao trabalhador, e o presentismo absoluto .....	255
4.9 Síntese global dos resultados .....	263
4.10 Resultados adicionais .....	269
<b>Capítulo 5 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>273</b>
5.1 Limitações do estudo.....	273
5.2 Principais instrumentos utilizados.....	276
5.3 Hipóteses de investigação e resultados .....	278
5.4 Contributos e implicações do estudo .....	290
<b>CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES.....</b>	<b>297</b>
6.1 Principais conclusões.....	297
6.2 Perspetivas futuras .....	302
<b>Referências .....</b>	<b>307</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>cccxlili</b>

## PREÂMBULO

Esta tese de doutoramento em Medicina, na Especialidade de Medicina Preventiva e Saúde Pública, surge num percurso de vida profissional simultaneamente diversificado e aprofundado. A experiência clínica e de gestão em Psiquiatria e Saúde Mental, adquirida nos serviços de saúde onde tem trabalhado e, também, todo o conhecimento obtido na Direção-Geral da Saúde (DGS), no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), na articulação com outros setores, para lá da saúde, assim como junto da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Comissão Europeia (CE), aliado à vontade de aprender a investigar, levaram à escolha da saúde mental pública como pano de fundo desta tese.

A pertinência e a oportunidade da escolha do tema *Promoção da saúde mental no trabalho: estudo observacional de determinantes biopsicossociais e presentismo*, resulta de cinco fatores: primeiro, há interesse em analisar, para a população Portuguesa, aspetos relativos aos determinantes sociais da saúde e, em particular, da saúde mental, numa perspetiva de saúde mental pública; segundo, há um carácter de inovação que consiste no aliar aspetos psicossociais e biológicos num estudo nesta área; terceiro, a conjuntura económica e social aponta para a necessidade de um melhor conhecimento dos mecanismos subjacentes à promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, associados ao trabalho e emprego, para permitir uma diminuição do absentismo e presentismo (má qualidade do trabalho, associada a problemas de saúde do trabalhador), propiciando o aumento da produtividade; quarto, é importante produzir evidência científica, culturalmente adaptada à realidade Portuguesa, para apoio e informação aos decisores, seja ao nível da organização em que decorreu a investigação e organizações similares, seja a outros níveis de contextos laborais, tendo em vista ganhos em saúde e redução de desigualdades; quinto, são necessários, também em Portugal, estudos que informem políticas públicas saudáveis, numa perspetiva de saúde mental em todas as políticas (SMeTP)<sup>1</sup> e de implementação de metodologias para avaliação do impacto em saúde.

---

<sup>1</sup> European Commission. Joint action on mental health and wellbeing, Mental Health in All Policies, Situation analysis and recommendations for action. [Internet]. 2016. Available from:

<http://www.app.com.pt/relatorio-nacional-e-u-joint-action-mental-health-versao-portuguesa>



Esta última temática foi reforçada durante a Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia em 2007, altura em que coordenou, juntamente com o seu orientador de tese, a organização de um evento técnico-científico neste âmbito. Além disso, trata-se de uma área prevista no Plano Nacional de Saúde (Revisão e Extensão a 2020) que propõe a utilização da metodologia de avaliação de impacte previamente ao desenvolvimento e implementação de políticas públicas.

A investigação desenvolvida insere-se, fundamentalmente, num projeto intitulado *Avaliação de Impacte na Saúde de Estratégias do Emprego (AIS)* que decorreu de uma forma faseada no período entre novembro de 2009 e junho de 2017, projeto esse do qual foi investigadora principal e coordenadora. O projeto foi estabelecido no âmbito de dois Protocolos de colaboração celebrados entre o Alto Comissariado da Saúde (ACS), o Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública (IMP&SP) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e o INSA, IP, sendo o IMP&SP da FMUL o promotor do projeto. Nos primeiros dois anos, decorreu no INSA, IP e, a partir de janeiro de 2012, prosseguiu no IMP&SP. O respetivo cofinanciamento, inicialmente através do ACS, foi posteriormente assegurado pela DGS. A investigação de campo e muitos dos trabalhos aqui apresentados foram desenvolvidos graças a cofinanciamento por parte deste projeto (ao abrigo de dois protocolos de colaboração entre o ACS, o IMP da FMUL e o INSA, IP, respetivamente a 2 de novembro de 2009 e a 20 de junho de 2011).

O conhecimento e a experiência adquiridos, ao longo do tempo de realização do trabalho de investigação para a tese, contribuíram para que a candidatura a um outro projeto, *Emprego Saudável (HE - Healthy Employment)*, financiado pelo Programa Iniciativas de Saúde Pública (PT06), através do mecanismo financeiro 2009-2014 das *EEA (European Economic Area) Grants*, fosse aprovada. Este segundo projeto, realizado entre abril de 2015 e novembro de 2016, no qual também participou como coordenadora e investigadora principal, foi desenvolvido pela FMUL, conjuntamente com 30 parceiros nacionais e internacionais, de múltiplos setores, no contexto do clima social e económico que se seguiu à recessão financeira com início em 2008.

Embora esta tese seja, na sua essência, baseada no primeiro projeto, *Avaliação de Impacte na Saúde de Estratégias do Emprego (AIS)*, optou por também incluir na tese algumas das publicações e comunicações, no contexto do segundo projeto, *Emprego Saudável*, dada a proximidade e continuidade das temáticas envolvidas.

---

Deste modo, a tese inclui artigos científicos dos quais é primeira autora ou coautora e, ainda, comunicações orais e sob a forma de *posters*, em reuniões científicas, reuniões de peritos e ações de formação. No seu conjunto, estes trabalhos que se apresentam nos Apêndices F (Publicações) e H (Listagem de trabalhos realizados), estão distribuídos em duas categorias, designadamente, trabalhos que fazem parte integrante da tese e outros trabalhos que contribuem, de alguma forma, para a tese.

Acima de tudo, nos anos durante os quais desenvolveu esta tese, aprendeu a funcionar, paralelamente, em diferentes dimensões do processo científico, “como se pensa” (dimensão teórica), “como se faz” (dimensão metodológica) e “como se entra numa realidade vivida” (dimensão empírica), com rigor e sentido de originalidade, conforme refere Ribeiro (1). Foi um percurso desafiante, árduo, simultaneamente motivador e apaixonante, com a expectativa de que esta tese possa ser mais um contributo para a saúde mental e bem-estar de pessoas no contexto do emprego. Além disso, o trabalho que foi sendo desenvolvido fomentou a integração em redes nacionais e internacionais de aprofundamento do conhecimento e de partilha de experiências, com a mais-valia recíproca que estas interações promovem.

---

## SUMÁRIO<sup>2</sup>

Os objetivos gerais deste estudo foram: i) caracterizar, numa amostra de trabalhadores, fatores organizacionais (no trabalho e na conciliação trabalho-família), psicossociais e biológicos, com impacto no desempenho profissional desses trabalhadores, medido pelo presentismo; ii) identificar presentismo, absentismo e sofrimento psicológico; iii) determinar a relação entre fatores biopsicossociais, saúde mental e bem-estar, resiliência e presentismo. Para o efeito, entre novembro de 2012 e julho de 2013, realizou-se um inquérito observacional transversal, com uma amostra não aleatória (de conveniência), de 405 trabalhadores de uma associação bancária mutualista. O inquérito foi constituído por um questionário eletrónico de autopreenchimento abrangendo informação biográfica, perceções sobre o emprego, atitudes face à organização, saúde, e aplicando diversas escalas, como o ASSET (deteção de *stress* em contexto organizacional), MHI – 5 (Inventário de Saúde Mental), escala de Satisfação no Trabalho, escala de Felicidade Subjetiva, CAGE (deteção de problemas relacionados com consumo de álcool), escala de Suporte Social – OSLO 3, escala de Presentismo, e escala de Resiliência Connor Davidson - CD-RISC. Efetuaram-se ainda medições antropométricas (peso, altura e perímetro da cintura), da tensão arterial e colheita de sangue para parâmetros biológicos (p. ex., genéticos). Os 405 participantes no estudo responderam à componente psicossocial do inquérito. Destes, 395 completaram a escala da resiliência e 260 participaram na componente biológica do estudo. A introdução dos dados foi automática pelo autopreenchimento do questionário eletrónico com exportação para SPSS V.20. O estudo global foi aprovado por duas Comissões de Ética e autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). Sobre os dados recolhidos realizaram-se análises estatísticas descritivas, inferenciais, fatoriais exploratórias e confirmatórias, e com modelo de equações estruturais. Das oito hipóteses de investigação (HI) que se colocaram, quatro foram suportadas pelos resultados obtidos (HI.1 há preditores, psicossociais e biológicos, de maior e menor resiliência nos trabalhadores; HI.5 há diferenças na resiliência consoante o sexo e o grupo funcional; HI.6 há associação entre presentismo e absentismo; HI.7 há associação entre absentismo e

---

<sup>2</sup> O leitor dispõe de um breve sumário e palavras-chave (*summary*) para uma leitura mais concisa, um resumo mais alargado (*abstract*) e um resumo gráfico para uma visualização esquematizada dos principais aspetos da tese. Há, igualmente, um guião de leitura para facilitar a consulta e leitura da tese.

sofrimento psicológico). Três HI foram parcialmente suportadas pelos resultados (HI.2 os *stressores* organizacionais como ‘Recursos e Comunicação’, ‘Equilíbrio trabalho-família’, ‘Aspetos do trabalho’, ‘Segurança no emprego’, ‘Controlo’, ‘Relações no trabalho’ e ‘Sobrecarga laboral’ têm impacte no presentismo absoluto, através do efeito do bem-estar psicológico dos trabalhadores; HI.3 o efeito das variáveis ‘compromisso do colaborador face à organização’ e do ‘compromisso da organização face ao colaborador’, no presentismo absoluto, é mediado pela saúde mental; HI.8 há mais presentismo do que absentismo e as mulheres têm mais absentismo e mais sofrimento psicológico). Uma HI não foi suportada (HI.4 menos de metade da população da amostra tem uma auto-perceção de saúde global ‘boa ou muito boa’). Com o trabalho desenvolvido, atingiram-se objetivos que permitiram: i) identificar preditores de presentismo e de resiliência que podem contribuir para novos modelos de *stress* laboral; ii) identificar determinantes psicossociais e biológicos, nomeadamente genéticos, na área da resiliência e do *stress*; iii) utilizar escalas que foram validadas e/ou traduzidas. Considera-se que a identificação e análise de determinantes biopsicossociais, com impacte no presentismo e absentismo, são bases importantes para o planeamento e implementação de ações em promoção da saúde mental no contexto laboral, visando maior produtividade da organização, mais equilíbrio trabalho-família e bem-estar do trabalhador.

### **Palavras-chave**

Saúde mental e bem-estar, determinantes biopsicossociais, local de trabalho, presentismo, conciliação trabalho-família

## SUMMARY

The general objectives of this study were: i) to characterize, in a sample of workers, organizational (at work and in work-family balance), psychosocial and biological factors, with impact at workers performance, measured by presenteeism; ii) to identify presenteeism, absenteeism and psychological distress; iii) to determine the relationship between biopsychosocial factors, mental health and wellbeing, resilience and presenteeism. For this purpose, between November 2012 and July 2013, a cross-sectional observational study was performed with a non-randomised, convenience sample, at a mutualistic bank organisation. A Survey was conducted using an electronic self-report questionnaire with 'biographic information', 'perception of your job', 'attitudes towards the organization', 'health' and the usage of several scales such as ASSET (A Shortened Stress Evaluation Tool), MHI – 5 (Mental Health Inventory, 5 item version), Job Satisfaction Scale (7 item version), Subjective Happiness Scale (SHS), CAGE (Alcohol Consumption Scale), Social Support Scale – OSLO 3, Presenteeism Scale and the Connor Davidson Resilience Scale - CD-RISC. The Survey also included anthropometric measures (weight, height and abdominal perimeter), blood pressure measurement and blood samples for biological parameters (p. ex., genetics). The psychosocial component of the Survey was administered to the 405 participants in the study, except for the resilience scale that was completed by 395 participants. The biological component was performed by 260 participants. Data introduction from the electronic self-report questionnaire was automatically exported to a statistic programme of data analysis (SPSS V.20). This study was approved by two institutional ethical committees. It was also authorized by the National Commission of Data Protection (CNPD). Descriptive and inferential statistics, exploratory and confirmatory factorial analyses and structural equation modelling were performed. Among the eight Research Hypotheses (RH), four RH were supported by data (RH.1 there are psychosocial and biological predictors, of higher and lower resilience among the workers; RH.5 there are differences in resilience according to sex and functional group; RH.6 there is an association between presenteeism and absenteeism; RH.7 there is an association between absenteeism and psychological distress). Three RH were partially supported by data (RH.2 organisational stressors (psychosocial determinants such as 'Resources and Communication', 'Work-Life Balance', 'Aspects of the Job', 'Job security', 'Control', 'Work

---

Relationships' and 'Overload' have impact on absolute presenteeism, through the effect of psychological wellbeing of the workers; RH.3 the effect of variables 'Commitment of the Employee to the Organization' and 'Commitment of the Organization to the Employee', on absolute presenteeism, is mediated by mental health; RH.8 there is more presenteeism than absenteeism and women have more absenteeism and more psychological distress). One RH is not supported by data (RH.4 Less than half of the population of our sample has a global self-perceived health *status* of 'good or very good'). The obtained objectives allowed i) to identify predictors of presenteeism and of resilience that may point out to the study and design of new work stress models; ii) to identify psychosocial and biological determinants, namely genetic, within resilience and stress; iii) to use scales, previously non existent in Portugal, that were now validated and/or translated. The identification and analysis of biopsychosocial determinants, with impact on presenteeism and absenteeism, will allow planning and the implementation of actions on mental health promotion at the workplace, and this will lead to an increase in productivity, an improvement of work-life balance and worker's greater wellbeing.

**Key-words**

Mental health and wellbeing, biopsychosocial determinants, workplace, presenteeism, work-family reconciliation.

## RESUMO

### ***Introdução***

Há fatores psicológicos, sociais e biológicos, em contexto laboral, com impacte na saúde mental e bem-estar do trabalhador, e no seu desempenho profissional. Foram identificadas áreas com lacunas de conhecimento a serem preenchidas ou melhor caracterizadas e aprofundadas e sobre as quais esta tese se debruça: i) há necessidade de aperfeiçoar modelos de *stress* laboral; ii) existe uma escassez de estudos com a componente psicossocial e a componente biológica, na área dos determinantes no local de trabalho; iii) ausência de escalas traduzidas e validadas, em Portugal, para avaliar o *stress* na organização e a resiliência.

### ***Objetivos principais***

Na presente tese, pretendeu-se i) caracterizar, numa amostra de trabalhadores, fatores organizacionais (no trabalho e na conciliação trabalho-família), psicossociais e biológicos, com impacte no desempenho profissional desses trabalhadores, medido pelo presentismo; ii) identificar presentismo, absentismo e sofrimento psicológico; iii) determinar a relação entre fatores biopsicossociais, saúde mental e bem-estar, resiliência e presentismo.

### ***Materiais e métodos***

Para o efeito, entre novembro de 2012 e julho de 2013, foi realizado um estudo observacional transversal, com uma amostra não aleatória, de conveniência, numa associação bancária mutualista. Foi aplicado um Inquérito constituído por um questionário eletrónico de autopreenchimento com cinco grupos de questões que incluem algumas escalas: Grupo I – informação biográfica; Grupo II - percepções sobre o seu emprego; Grupo III - atitudes face à organização/empresa; Grupo IV – saúde; Grupo V – escalas. Os grupos I, II, III, IV e V reúnem instrumentos de avaliação de bem-estar dos trabalhadores, nomeadamente, ASSET (Instrumento de deteção de *stress* em contexto organizacional), MHI – 5 (Inventário de Saúde Mental, versão de 5 itens), escala de Satisfação no Trabalho (versão de 7 itens), escala de Felicidade Subjetiva, CAGE (Instrumento de deteção de problemas relacionados com consumo de álcool), escala de Suporte Social – OSLO 3, e

escala de Presentismo. Também foi aplicada a escala de Resiliência Connor Davidson - CD-RISC, em suporte de papel, por exigência do autor.

Do Inquérito aplicado, constavam também: Grupo VI - medições antropométricas (peso, altura e perímetro da cintura) e medição da tensão arterial; Grupo VII - colheita de sangue para parâmetros biológicos (tais como, genéticos).

Um pré-teste do trabalho de campo decorreu de agosto a setembro de 2012, previamente à recolha de dados, no Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), no qual a autora da tese na altura trabalhava, a fim de se avaliar a clareza e eficácia dos instrumentos da componente psicossocial do inquérito, reconhecer o circuito interno de entrega das amostras biológicas nos laboratórios e testar o funcionamento do esfigmomanómetro digital, balança digital, estadiómetro e fita métrica.

A população-alvo do estudo era constituída por 1385 colaboradores da Caixa Económica Montepio Geral (CEMG) no Concelho de Lisboa. A opção de uma amostragem não aleatória, de conveniência, decorreu da articulação com a equipa de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) da instituição, que aceitou que deveria haver um convite à participação de cada trabalhador, com base numa lista por ela providenciada. Os critérios de inclusão foram: colaboradores com idades compreendidas entre 18 e 69 anos, capazes de compreender e assinar o consentimento informado e esclarecido, com funções e cargos distintos. De todos os trabalhadores dessa lista, aos quais foi enviado um convite à participação através da caixa de *e-mail* institucional, apenas os que voluntariamente quiseram participar foram incluídos na amostra. A taxa de participação foi cerca de 30%.

Os 405 participantes no estudo responderam à componente psicossocial do inquérito através de um questionário de autopreenchimento (formulário eletrónico) ( $n=405$ ) e, destes, uma subamostra de 395 respondeu à escala de autopreenchimento, da resiliência, em suporte de papel ( $n_R=395$ ). Dos 405 participantes, uma subamostra de 260, além de responderem ao questionário eletrónico e à escala em suporte de papel, também aceitaram participar na componente biológica do estudo com medições antropométricas, medição da tensão arterial e colheita de sangue para análises diversas ( $n_B=260$ ). A introdução dos dados foi automática no autopreenchimento do questionário eletrónico



com exportação para programa de tratamento estatístico (SPSS V.20). O estudo global da tese foi aprovado por duas Comissões de Ética e autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

### ***Resultados e breve discussão***

Foram realizadas análises estatísticas descritivas, inferenciais, fatoriais exploratórias e confirmatórias, e com modelo de equações estruturais. A amostra foi constituída por 405 trabalhadores com uma idade média de 41.2 anos (DP=8.27); a maioria eram homens (51.4%), casados ou a viver em união de facto (65.4%). Têm o ensino secundário 15.3%, são licenciados 45.9%, têm o ensino superior e pós-graduação 13.1%, mestrado 7.2%, doutoramento 1.2%; os outros 16.9% incluem diferentes níveis de ensino (ensino básico 0.50%, ensino pós-secundário 8.5%, ensino superior bacharelato 6.4% e outros 1.5%).

Relativamente ao grupo funcional, são técnicos 32.4%, comerciais 25.9%, administrativos 18%, gestores intermédios 12.3%, comerciais com coordenação 8.9% e gestores de topo 2.5%.

Das oito hipóteses de investigação (HI) que se colocaram, quatro HI foram suportadas pelos dados (Hipótese nula/H0 rejeitada e Hipótese alternativa/H1 aceite):

#### **HI.1 Há preditores, psicossociais e biológicos, de maior e menor resiliência nos trabalhadores.**

Preditores de maior resiliência: interesses ou *hobbies*, menor presentismo.

Preditores de menor resiliência: ausente do trabalho por problemas psicológicos, saúde mental muito baixa, níveis muito altos de *stress* devido à sobrecarga de trabalho e ansiedade crónica.

O estudo da tese encontrou evidência da influência dos polimorfismos rs4680 e rs4713916 na capacidade de lidar com o *stress* de forma adaptativa e positiva, dado que se verificou que alterações genotípicas a este nível modulam variabilidade na resiliência, possivelmente por afetarem a expressão proteica e causarem alterações nos mecanismos de resposta ao *stress*. Os resultados aqui reportados são consistentes com a literatura prévia, o que reforça o papel dos genes na resiliência e indica que estes achados não são falsos positivos.

HI.5 Há diferenças na resiliência consoante o sexo e o grupo funcional (profissional).

Perante níveis baixos de *stress*, as mulheres são mais resilientes; os homens com níveis médios, altos ou muito altos de *stress*, têm maior resiliência. Quanto ao grupo profissional, os *blue-collars* (os trabalhadores menos diferenciados) são menos resilientes do que os *white-collars*.

HI.6 Há associação entre presentismo e absentismo.

A correlação é negativa, observando-se que com o aumento de nível de desempenho, diminui o número de dias de faltas ao trabalho.

HI.7 Há associação entre absentismo e sofrimento psicológico.

A correlação é positiva, trabalhadores calmos e mais felizes faltam menos ao trabalho.

Três HI foram parcialmente suportadas pelos dados (rejeitada a H0 e rejeitada a H1):

HI.2 Os stressores organizacionais (determinantes psicossociais tais como ‘Recursos e Comunicação’, ‘Equilíbrio trabalho-família’, ‘Aspetos do trabalho’, ‘Segurança no emprego’, ‘Controlo’, ‘Relações no trabalho’ e ‘Sobrecarga laboral’) têm impacte no presentismo absoluto, através do efeito do bem-estar psicológico dos trabalhadores.

Isto é, a saúde mental positiva tem um efeito indireto (“*intermediate effect*” ou de intermediação, é “mediadora”) entre o contexto laboral (conjunto de variáveis independentes) e o presentismo (variável dependente), entendendo-se presentismo como a situação em que o trabalhador está no seu local de trabalho, mas a qualidade deste é má devido a problemas de saúde e/ou saúde mental, havendo assim um menor desempenho e uma menor produtividade.

A hipótese foi apenas parcialmente suportada pelos dados, visto que ‘Recursos e Comunicação’ têm um impacte positivo no presentismo absoluto, efeito este mediado pelo bem-estar psicológico. O ‘Equilíbrio trabalho-família’ e os ‘Aspetos do trabalho’ têm, respetivamente, um efeito positivo e negativo no presentismo absoluto, ocorrendo parcialmente através do bem-estar psicológico. A ‘Segurança no emprego’ tem um efeito negativo significativo no presentismo absoluto que não é mediado pelo bem-estar

psicológico. Outras dimensões como ‘Controlo’, ‘Relações no trabalho’ e ‘Sobrecarga laboral’ não se revelaram preditores significativos.

*HI.3 O efeito das variáveis ‘compromisso do colaborador face à organização’ e do ‘compromisso da organização face ao colaborador’, no presentismo absoluto, é mediado pela saúde mental.*

Ou seja, a saúde mental tem um efeito mediador entre aquelas variáveis do contexto laboral e o presentismo.

Os resultados às análises de mediação sugerem que o efeito da perceção dos colaboradores relativamente ao compromisso da organização a seu respeito, no presentismo absoluto, ocorre indiretamente através da saúde mental ( $\beta = 0.057$ ; IC95%: .026; .099,  $p = .001$ ). O efeito da variável “compromisso do colaborador face à organização” no presentismo absoluto ocorre diretamente (e não via o seu impacto no bem-estar psicológico) quando controlado o efeito do compromisso da organização face ao colaborador ( $\beta = 0.228$ ; IC95%: .120; .336,  $p = .001$ ).

*HI.8 Há mais presentismo do que absentismo e as mulheres têm mais absentismo e mais sofrimento psicológico.*

Na amostra estudada, presentismo e absentismo estão sobreponíveis, ao contrário da literatura acerca do presentismo associado a sofrimento psicológico que mostra ser 1.8 vezes mais frequente do que o absentismo.

As mulheres dão mais 2 a 5 faltas; mulheres mais vezes deprimidas e “nervosas”.

Uma HI não é suportada pelos dados (H0 aceite e H1 rejeitada):

*HI.4 Menos de metade da população da amostra tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa.*

Na amostra estudada, mais de metade (63.5%) classifica o estado de saúde “bom”, ao contrário de dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em que menos de metade da população adulta em Portugal tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa.

---

Foram identificados preditores de saúde: exercício físico, medicação prescrita e equilíbrio trabalho-família.

### **Conclusões**

Com o trabalho desenvolvido nesta tese, atingiram-se objetivos que permitiram i) identificar preditores de presentismo e de resiliência que podem abrir caminho para o estudo e desenho de novos modelos de *stress* laboral; ii) identificar determinantes psicossociais e biológicos, nomeadamente genéticos, na área da resiliência e do *stress*; iii) utilizar escalas, previamente inexistentes em Portugal, que foram validadas e/ou traduzidas, nomeadamente para avaliar o *stress* na organização. A identificação e análise de determinantes psicológicos, sociais e biológicos dos participantes na amostra, com impacto no presentismo e absentismo, são a base para permitir o planeamento e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde mental em contexto laboral, visando maior produtividade da organização, mais equilíbrio trabalho-família e maior bem-estar do trabalhador.

### **Palavras-chave**

Saúde mental e bem-estar, determinantes biopsicossociais, local de trabalho, presentismo, conciliação trabalho-família

**ABSTRACT*****Introduction***

There are psychological, social and biological factors, at the workplace, with impact on worker's mental health, wellbeing and job performance. Several areas with knowledge gaps to be fulfilled or better characterised were addressed in this thesis: i) there is the need to improve job stress models; ii) lack of psychosocial and biological studies on workplace determinants; iii) absence of translated and validated scales, in Portugal, to assess organisational stress and resilience.

***Main objectives***

In this thesis, we had the intention i) to characterize, in a sample of workers, organizational (at work and in work-family balance), psychosocial and biological factors, with impact at workers performance, measured by presenteeism; ii) to identify presenteeism, absenteeism and psychological distress; iii) to determine the relationship between biopsychosocial factors, mental health and wellbeing, resilience and presenteeism.

***Material and methods***

For this purpose, between November 2012 and July 2013, a cross-sectional observational study was performed with a non-randomised, convenience sample, at a mutualistic bank organisation. A Survey with several components was conducted using an electronic self-report questionnaire with five groups of questions including some scales: Group I – biographic information; Group II - perception of your job; Group III - attitudes towards the organization; Group IV – health; Group V – scales. Groups I, II, III, IV and V had assessment instruments on workers's wellbeing, namely, ASSET (A Shortened Stress Evaluation Tool), MHI – 5 (Mental Health Inventory, 5 item version), Job Satisfaction Scale (7 item version), Subjective Happiness Scale (SHS), CAGE (Alcohol consumption Scale), Social Support Scale – OSLO 3 and Presenteeism Scale. The Connor Davidson Resilience Scale - CD-RISC was applied, in paper, as required by the author.

---

The Survey also included: Group VI - anthropometric measures (weight, height and abdominal perimeter) and blood pressure measurement; Group VII – blood sample for biological parameters (such as genetics).

Before the data collection, a pre-test of the work field was performed between August and September 2012, at the Health Promotion and Non-Communicable Disease Prevention Department of Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), in which at that time the author of this thesis was working, in order to assess the psychosocial instruments efficacy, to recognise the inner pathway of biological samples delivery to the labs and to test the functioning of digital sphygmomanometer, digital weighing equipment, stadiometer and measuring tape.

The study target population included 1385 workers of Caixa Económica Montepio Geral (CEMG) within the municipality of Lisbon. The option for a non-randomised convenience sampling was due to the will of the Health and Security Work (SST) team of the organisation. Inclusion criteria were: workers with age ranges between 18 and 69 years old, being able to understand and sign an informed consent, and with different functions and roles at the organisation. A preliminary list of participants was assembled by the organization and an invitation to participate in the study was sent to all workers through their institutional email. Those who voluntarily replied, were enrolled in the study. The option for this kind of sampling was deemed obligatory by the organization where the study was conducted. The response rate was approximately 30%.

The whole questionnaire was administered electronically to the participants in the study ( $n=405$ ), except for the CD-RISC ( $n_R=395$ ) that was administered in paper. Anthropometric measures, blood pressure and blood samples for biological parameters ( $n_B=260$ ) were also performed. Data introduction from the electronic self-report questionnaire was automatically exported to a statistic programme of data analysis (SPSS V.20).

This study was approved by two institutional ethical committees. It was also authorized by the National Commission of Data Protection (CNPD).

### ***Results and brief discussion***

Descriptive and inferential statistics, exploratory and confirmatory factorial analyses and structural equation modelling were performed. The average age of the 405 workers who participated in the study was 41.2 years (SD=8.27), approximately half were males, (51.4%), married or living together (65.4%). Among them, 15.3% have achieved high school, 45.9% were university graduates, 13.1% with college and post-graduation, 7.2% masters, 1.2% PhD; the other 16.9% include different levels of education (basic level 0.50%, post-secondary education 8.5%, baccalaureate degree 6.4%, others 1.5%).

Concerning the staff, 32.4% are technicians, 25.9% commercials, 18% clerks, 12.3% are intermediate managers, 8.9% commercials with coordination and 2.5% are top managers.

Among the eight Research Hypotheses (RH), four RH were supported by data (null hypothesis/H0 rejected and alternative hypothesis/H1 accepted):

***RH.1 There are psychosocial and biological predictors, of higher and lower resilience among the workers.***

Predictor of higher resilience: interests other than work and *hobbies* and less presenteeism.

Predictors of lower resilience: absent from work due to psychological problems, very low mental health, very high levels of stress related to work overload, and chronic anxiety.

This study provides evidence of the influence of the rs4680 and rs4713916 polymorphisms in the capacity to adaptively and positively overcome stress, as we saw that genetic alterations in these genes modulate variability in resilience, possibly by affecting protein expression and causing alterations on the stress response mechanisms. The results here described are consistent with previous literature, which reinforce the role of these genes in resilience and indicate that these must not be false positives.

***RH.5 There are differences in resilience according to sex and functional (professional) group.***

When facing low levels of stress, women are more resilient; men with medium, high or very high stress, are more resilient.

Related with professional group, *blue-collars* (the less differentiated) are less resilient.

***RH.6 There is an association between presenteeism and absenteeism.***

Negative correlation, with high performance level the absent days to work decrease.

*RH.7 There is an association between absenteeism and psychological suffering (distress).*

The correlation is positive, calm and happier workers have lower absence rates.

Three RH were partially supported by data (H0 rejected and H1 rejected):

*RH.2 Organisational stressors (psychosocial determinants such as ‘Resources and Communication’, ‘Work-Life Balance’, ‘Aspects of the Job’, ‘Job security’, ‘Control’, ‘Work Relationships’ and ‘Overload’) have impact on absolute presenteeism, through the effect of psychological wellbeing of the workers.*

This means that positive mental health has an indirect effect (“mediator”) between labour context (set of independent variables) and presenteeism (dependent variable), being presenteeism a situation in which the worker is at the workplace, but the work quality is bad due to health and/or mental health problems, and consequently a lower performance and productivity.

The hypothesis was only partially supported by data, because ‘Resources and Communication’, as an organizational stressor, have a positive impact on absolute presenteeism strongly mediated by psychological wellbeing. The effect of ‘Work-life balance’ and of ‘Job aspects’, respectively a positive and negative effect on absolute presenteeism, partially occurs through psychological wellbeing. ‘Job security’ has a significant negative effect on absolute presenteeism that is not mediated by psychological wellbeing. Some other dimensions such as ‘Control’, ‘Work relationships’ and ‘Overload’ did not reveal themselves as significant predictors.

*RH.3 The effect of variables ‘Commitment of the Employee to the Organization’ and ‘Commitment of the Organization to the Employee’, on absolute presenteeism, is mediated by mental health.*

This means that mental health has a mediator effect between those variables of labour context and presenteeism.

The results of the mediation analysis suggest that the effect of collaborators perception related to the ‘Commitment of the Organization to the Employee’ on absolute



presenteeism is mediated by mental health, ( $\beta = 0.057$ ; IC95%: .026; .099,  $p = .001$ ). The variable 'Commitment of the Employee to the Organization' has a direct effect on absolute presenteeism (and not through psychological wellbeing) controlled the effect of 'Commitment of the Organization to the Employee' ( $\beta = 0.228$ ; IC95%: .120; .336,  $p = .001$ ).

*RH.8 There is more presenteeism than absenteeism and women have more absenteeism and more psychological suffering (distress).*

In our sample, presenteeism and absenteeism have similar results, and this contradicts the literature concerning presenteeism associated with psychological distress that shows to be 1.8 times more frequent than absenteeism.

Women are absent from work more 2 to 5 times; women are more often depressed and "nervous".

One RH is not supported by data (H0 accepted and H1 rejected):

*RH.4 Less than half of the population of our sample has a global self-perceived health status of "good or very good".*

In the study sample, more than half (63.5%) classifies their health *status* as "good", whereas data from the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) show that only less than half of the adult population in Portugal has a perceived health *status* of good or very good.

Health predictors were identified: physical exercise, prescribed medication and work-life balance.

### **Conclusions**

In this thesis, the obtained objectives allowed i) to identify predictors of presenteeism and of resilience that may point out to the study and design of new work stress models; ii) to identify psychosocial and biological determinants, namely genetic, within resilience and stress; iii) to use scales, previously non-existent in Portugal, that were now validated and/or translated, namely to assess organisational stress.

The identification and analysis of psychological, social and biological determinants in our sample, with impact on presenteeism and absenteeism, will allow planning and

implementation of actions on mental health promotion at the workplace, and this will lead to an increase in productivity, an improvement of work-life balance and worker's greater wellbeing.

**Key-words**

Mental health and wellbeing, biopsychosocial determinants, workplace, presenteeism, work-family reconciliation.

## RESUMO GRÁFICO

### CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

Conhecimento dos fatores psicológicos, sociais e biológicos, em contexto laboral, com impacto na saúde mental e bem-estar do trabalhador, no seu desempenho profissional e produtividade da organização

### CAPÍTULO 2: QUESTÕES, HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

1. Caracterizar amostra de trabalhadores de organização bancária mutualista
2. Caracterizar a prevalência de presentismo, absentismo e sofrimento psicológico
3. Caracterizar a autoperceção do estado de saúde e de preditores da perceção de saúde
4. Determinar a associação entre absentismo e presentismo, e entre absentismo e sofrimento psicológico
5. Avaliar e quantificar o impacto de variáveis do trabalhador sobre a resiliência
6. Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, e do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência
7. Determinar os parâmetros antropométricos, de pressão arterial, bioquímicos e genéticos na amostra de trabalhadores do estudo
8. Analisar o papel mediador da saúde mental na relação entre as dimensões 'perceções sobre o trabalho' e o presentismo absoluto
9. Estudar o papel mediador da saúde mental na relação entre o compromisso, do trabalhador face à organização e da organização face ao trabalhador, e o presentismo absoluto
10. Validar as propriedades psicométricas e fatoriais do ASSET, CD-RISC e Escala de Satisfação no Trabalho (versão de 7 itens)

### CAPÍTULOS 5 E 6: DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A identificação e análise de determinantes psicológicos, sociais e biológicos dos participantes na amostra, com impacto no presentismo e absentismo, são a base para permitir o planeamento e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde mental em contexto laboral, visando maior produtividade da organização, mais equilíbrio trabalho-família e bem-estar do trabalhador.

### CAPÍTULO 3: MATERIAS E MÉTODOS

- Estudo observacional transversal
- Amostragem de conveniência
- Recolha de dados entre novembro 2012 e julho 2013
- População-alvo: 1385 trabalhadores da Caixa Económica Montepio Geral no Concelho de Lisboa,
- Critérios de inclusão: trabalhadores com idades entre 18 e 69 anos, capazes de compreender e assinar o consentimento informado e esclarecido, com funções e cargos distintos
- Inquérito com questionário eletrónico de autopreenchimento (uma das escalas em suporte papel): i) informação biográfica; ii) perceções sobre o seu emprego; iii) atitudes face à organização/empresa; iv) saúde; v) escalas (ASSET, MHI-5, escala de Satisfação no Trabalho, escala de Felicidade Subjectiva, CAGE, OSLO 3; escala de Presentismo; CD-RISC); vi) medições antropométricas e outras; vii) parâmetros biológicos
- Análises estatísticas: descritivas, inferenciais, fatoriais exploratórias e confirmatórias, equações estruturais.

### CAPÍTULO 4: RESULTADOS

*Quatro Hipóteses de Investigação (HI) são suportadas pelos dados:*

Há preditores, psicossociais e biológicos, de maior e menor resiliência nos trabalhadores.

Há diferenças de resiliência consoante o sexo e o grupo funcional (profissional).

Há associação entre presentismo e absentismo.

Há associação entre absentismo e sofrimento psicológico.

*Três HI são parcialmente suportadas pelos dados:*

Os *stressores* organizacionais (determinantes psicossociais)

têm impacto no presentismo absoluto, através do efeito do bem-estar psicológico dos trabalhadores.

O efeito das variáveis 'compromisso do colaborador face à organização' e do 'compromisso da organização face ao colaborador', no presentismo absoluto, é mediado pela saúde mental.

Há mais presentismo do que absentismo e as mulheres têm mais absentismo e mais sofrimento psicológico.

*Uma HI não é suportada pelos dados:*

Menos de metade da população da amostra tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Modelo de Dahlgren e Whitehead dos determinantes sociais da saúde. Extraído de Bambra et al. (58).....	13
Figura 2. Determinantes sociais da saúde de acordo com diferentes níveis de análise. Adaptado e traduzido a partir de Turrell et al. (60).....	15
Figura 3. Expetativa de vida ao nascer versus PIB <i>per capita</i> , 2015. Fonte: OCDE (2017) .	19
Figura 4. Estado de saúde percebido de acordo com o nível de rendimentos, 2017. Fonte: OCDE.....	20
Figura 5. Os determinantes sociais da saúde mental. Adaptado e traduzido a partir de Shim et al. (73) .....	21
Figura 6. Fatores que contribuem para a saúde mental e o bem-estar. Adaptado de OMS (92). .....	27
Figura 7. Panorama esquemático dos riscos para a saúde mental ao longo da vida. Adaptado e traduzido a partir de OMS (89) .....	35
Figura 8. Modelo de pressão do emprego. Fonte: Karasek et al. (157).....	79
Figura 9. Modelo concetual do tema central da tese: Impacte do <i>stress</i> em contexto laboral na saúde .....	96
Figura 10. Modelo de análise .....	108
Figura 11. Satisfação por trabalhar na empresa atual, ao ponto de não procurar ativamente outro emprego. Distinção por género. ....	128
Figura 12. Disponibilidade de tempo para relaxar e descansar.....	152
Figura 13. Análise da auto-perceção do estado de saúde .....	184
Figura 14. Resiliência de acordo com o género e o equilíbrio trabalho-família .....	191
Figura 15. Resiliência de acordo com a função no trabalho e o equilíbrio trabalho-família .....	192
Figura 16. Fases do processo de revisão sistemática de literatura.....	226
Figura 17. Relação entre palavras-chave identificadas na literatura.....	228
Figura 18. Esquema de seleção dos artigos para a RSL.....	231
Figura 19. Modelo de mediação. O efeito mediador do bem-estar psicológico na relação entre os stressores do trabalho e o presentismo absoluto (estudo 5).....	241
Figura 20. Representação gráfica do modelo causal testado (estudo 7).....	261

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Correspondência entre as questões de investigação enumeradas anteriormente, e os objetivos específicos .....	107
Tabela 2. Interferência do trabalho na vida familiar, por género, com variável recodificada. ....	128
Tabela 3. Número de artigos publicados a partir de 2005 por palavra-chave em inglês (na pubmed) .....	227
Tabela 4. Número de artigos por combinação de palavras-chave (pubmed), em inglês desde 1 de janeiro de 2005 .....	229
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.....	256
Tabela 6. Valores médios, de desvio-padrão e de consistência interna para cada uma das variáveis em estudo.....	259
Tabela 7. Correlações de pearson entre as variáveis em estudo.....	260
Tabela 8. Listagem de análises estatísticas utilizadas .....	263
Tabela 9. Softwares estatísticos utilizados.....	264
Tabela 10. Síntese global .....	265

**LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS**

<b>AA</b>	Genótipo adenina-adenina
<b>ACS</b>	Alto Comissariado da Saúde
<b>ACTH</b>	Hormona adrenocorticotrófica
<b>AD</b>	Absentismo por doença
<b>ADHD</b>	<i>Attention deficit hyperactivity disorder</i>
<b>DNA</b>	Ácido desoxirribonucleico
<b>AFC</b>	Análise Fatorial Confirmatória
<b>AFE</b>	Análise Fatorial Exploratória
<b>AHA</b>	<i>American Heart Association</i>
<b>AIC</b>	<i>Akaike information criterion</i>
<b>AIDFM</b>	Associação para Investigação e Desenvolvimento da FMUL
<b>AIS</b>	Avaliação de impacte na saúde / HIA - <i>health impact assessment</i> ; Avaliação de Impacte na Saúde de Estratégias do Emprego
<b>ALT</b>	Alanina Aminotransferase
<b>ASSET</b>	<i>A shortened stress evaluation tool</i>
<b>AST</b>	Aspartato Aminotransferase
<b>AT</b>	Aspetos do trabalho
<b>ATO</b>	“atitudes face à sua organização”
<b>ATV</b>	Área tegmental ventral
<b>AVP</b>	Arginina vasopressina
<b>BES</b>	Bem-estar subjetivo
<b>C</b>	Controlo
<b>CAGE</b>	<i>Cutting down, Annoyance, Guilty, and Eye-openers</i>
<b>CATPCA</b>	Análise em Componentes Principais Categórica

---

<b>CD RISC geral</b>	Resiliência
<b>CD RISC</b>	Escala de Resiliência Connor-Davidson
<b>CDSS</b>	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
<b>CE</b>	Comissão Europeia
<b>CEMG</b>	Caixa Económica Montepio Geral
<b>CES CHLN/FML</b>	Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Faculdade de Medicina de Lisboa
<b>CES INSA, IP</b>	Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
<b>CFI</b>	<i>Comparative fit index</i>
<b>CNPD</b>	Comissão Nacional de Proteção de Dados
<b>COMT</b>	<i>Catechol O-methyltransferase (COMT) enzyme</i>
<b>DA</b>	Dopamina
<b>DALY</b>	<i>Disability adjusted life years</i> (anos de vida ajustados por incapacidade/mortalidade e morbilidade)
<b>DCQ</b>	<i>Demand Control Questionnaire</i>
<b>DCS</b>	<i>Demand-Control-Support</i>
<b>DEMO</b>	Sociodemográficos
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>DM<sup>2</sup></b>	Distância quadrada de Mahalanobis
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>DPSEEA</b>	<i>Driving Force-Pressure-State-Exposure-Effect-Action</i> (modelo de enquadramento de indicadores ligados à saúde ambiental)

---

<b>DPSPDNT</b>	Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis
<b>EDTA</b>	<i>Ethylenediamine tetraacetic acid</i> (agente quelante)
<b>EEA</b>	<i>European Economic Area</i>
<b>EP</b>	<i>Erro padrão</i>
<b>ERI</b>	<i>Effort-Reward Imbalance</i>
<b>ESC</b>	Sociedade Europeia de Cardiologia
<b>Esse/ESSE</b>	Estatuto socioeconómico
<b>ESP</b>	Escala de Satisfação Profissional
<b>EST</b>	Escala de Satisfação no Trabalho
<b>EFT</b>	Equilíbrio trabalho-família
<b>EU</b>	União Europeia
<b>EU-OSHA</b>	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>EV</b>	Estilos de vida
<b>EWCS</b>	<i>European Working Conditions Survey</i>
<b>FA</b>	Fosfatase Alcalina
<b>FC</b>	Fiabilidade compósita
<b>FIW</b>	<i>Family Interference with Work /</i> Interferência da Família no Trabalho
<b>FMUL</b>	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
<b>FT</b>	Família-trabalho
<b>GA</b>	Genótipo guanina-adenina
<b>GGT</b>	Gama Glutamyltransferase
<b>HDL</b>	Lipoproteínas de Alto Peso Molecular
<b>HE</b>	HE - <i>Healthy Employment</i>
<b>HI</b>	Hipótese de Investigação



---

<b>HEIA</b>	<i>Health Equity Impact Assessment</i>
<b>HHS</b>	<i>Health and Human Services</i>
<b>HLC</b>	Hormona libertadora de corticotrofina
<b>HPA</b>	Hipotálamo-pituitária-adrenérgico
<b>HPQp</b>	<i>WHO Health and Work Performance Questionnaire</i>
<b>HPQp_absoluto</b>	Presentismo absoluto
<b>IC</b>	Intervalo de confiança
<b>i.e.</b>	isto é
<b>IM</b>	Índices de modificação
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>IMPSP</b>	Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da FMUL
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>INSA, IP</b>	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Instituto Público
<b>JCDS</b>	<i>Job demand control support</i>
<b>JCQ</b>	<i>Job Content Questionnaire</i>
<b>JDC</b>	<i>Job demand control model</i>
<b>KMO</b>	Kaiser-Meyer-Olkin
<b>LC</b>	<i>Locus coeruleus</i>
<b>LDH</b>	Desidrogenase Láctica
<b>LDL</b>	Lipoproteínas de Baixo Peso Molecular
<b>MAQA</b>	<i>Monoamine oxidase A gene</i>
<b>MCA</b>	<i>Multiple Correspondence Analysis</i>
<b>MEE</b>	Modelos de equações estruturais
<b>MHI-5</b>	<i>5-item Mental Health Inventory</i>
<b>MHI5</b>	Saúde mental

---

<b>N/A</b>	Não aplicável
<b>NCS</b>	<i>National Comorbidity Survey</i>
<b>NIOSH</b>	Modelo dos agentes de <i>stress</i> no trabalho
<b>NPV</b>	Núcleo paraventricular
<b>Ob</b>	Obesidade
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OR</b>	<i>Odds ratio</i>
<b>ORG</b>	Organizacionais
<b>OSI</b>	<i>Occupational Stress Indicator</i>
<b>OSS-3</b>	OSS-3 - Oslo 3-item Social Support Scale
<b>OSS3</b>	Suporte social
<b>PAD</b>	Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS</b>	Pressão Arterial Sistólica
<b>Pb</b>	Peso baixo
<b>PCA</b>	<i>Principal Component Analysis</i>
<b>PCR</b>	Proteína C Reativa
<b>p. ex.</b>	por exemplo
<b>PH WINS</b>	<i>Public Health Workforce Interests and Needs Survey</i>
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PMCs</b>	Perturbações Mentais Comuns
<b>Pn</b>	Peso normal
<b>PRs</b>	Perturbações relacionadas com o <i>stress</i>
<b>PT06</b>	Programa Iniciativas de Saúde Pública
<b>PTSD</b>	<i>Post-traumatic stress disorder</i>
<b>PYJ</b>	“perceções do seu emprego”

---

<b>QdV</b>	Qualidade de vida
<b>QdVRS</b>	Qualidade de vida relacionada com a saúde
<b>RC</b>	Recursos e comunicação
<b>RH</b>	<i>Research Hypothesis</i>
<b>RMSEA</b>	<i>Root mean square error of approximation</i>
<b>RT</b>	Relações no trabalho
<b>RSL</b>	Revisão Sistemática da Literatura
<b>SAL</b>	Serviço de Apoio Laboratorial
<b>SAU</b>	Saúde
<b>SF</b>	Saúde Física (ASSET)
<b>SFT</b>	Segurança face ao trabalho
<b>SHS</b>	Felicidade subjetiva
<b>SHS</b>	<i>Subjective Happiness Scale</i>
<b>SL</b>	Sobrecarga laboral
<b>SM</b>	Síndrome Metabólica
<b>SMeTP</b>	Saúde Mental em Todas as Políticas
<b>SNC</b>	Sistema nervoso central
<b>SNS</b>	Sistema nervoso simpático
<b>SPC</b>	Sociedade Portuguesa de Cardiologia
<b>SPPSM</b>	Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental
<b>SRDs</b>	<i>Stress-related disorders</i>
<b>SST</b>	Segurança e Saúde no Trabalho
<b>TDT</b>	Técnica de diagnóstico e terapêutica
<b>TE - Tampão</b>	Tampão
<b>TF</b>	Trabalho-família
<b>TLI</b>	<i>Tucker-Lewis index</i>

---

<b>TSH</b>	Hormona Estimulante da Tiróide
<b>UCI</b>	Unidades de cuidados intensivos
<b>VD</b>	Variável ou as variáveis dependentes
<b>VEM</b>	Variância extraída média
<b>VI</b>	Variável ou as variáveis independentes
<b>WHO-HPQ</b>	World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire
<b>WIF</b>	<i>Work Interference with Family /</i> Interferência do trabalho na Família
<b>WMH</b>	<i>World Mental Health</i>
<b>WORC</b>	<i>Australian Work Outcomes Research Cost-benefit</i>
<b>YLD</b>	<i>Years lived with disability</i> (anos vividos com incapacidade)

**GLOSSÁRIO**

**Absentismo laboral** – ausência numa função ou obrigação, ou abandono do local de trabalho. Valores positivos representam a perda em horas de trabalho, valores negativos representam excedentes em horas de trabalho, e 0 representa ausência de perda (ou excedentes) de horas de trabalho.

**Colarinhos azuis (*blue-collars*)** – tradicionalmente, os trabalhadores manuais; os menos diferenciados.

**Colarinhos brancos (*white-collars*)** – tradicionalmente, os trabalhadores não-manuais; os mais diferenciados.

**Presentismo** – situação em que o trabalhador está no seu local de trabalho, mas a qualidade deste é má devido a problemas de saúde e/ou saúde mental, havendo assim um pior desempenho e uma menor produtividade.

**Presentismo absoluto** – o presentismo é concetualizado como a medida de um desempenho real em relação a um possível desempenho. É considerado presentismo absoluto, a percentagem de desempenho no trabalho nas últimas 4 semanas. Ao contrário do absentismo, uma pontuação mais elevada indica uma baixa perda de desempenho.

**Presentismo relativo** – rácio de desempenho real relativo ao desempenho da maior parte dos trabalhadores que realizam a mesma função.

**Resiliência** – capacidade e processo dinâmico de superar de um modo adaptativo o *stress* e a adversidade, mantendo simultaneamente um funcionamento psicológico e físico normais.

**Efeito de *Spillover*** – efeito de repercussão. Na presente tese, é usado no âmbito do equilíbrio trabalho-família, no sentido em que há passagem de emoções, atitudes, competências e comportamentos do nível profissional para a esfera familiar e vice-versa, de forma positiva ou negativa.

## GUIÃO DE LEITURA

Para consulta e leitura mais fáceis da tese, segue-se um breve guião.

A tese contém dois volumes, um primeiro com o texto da tese propriamente dita e um segundo com apêndices e anexos. Ambos os volumes estão disponíveis em suporte de papel e digital (*pen drive*). Algumas folhas estão, intencionalmente, em branco para efeitos de impressão.

Nas primeiras páginas (numeração romana) situam-se, entre outros: um Preâmbulo que contextualiza a tese e as circunstâncias em que foi realizada; o Sumário (e palavras-chave) com a respetiva versão em inglês (*Summary*), o Resumo que foi intencionalmente alargado para melhor sistematização e detalhe, ao qual se segue, além da tradução (*Abstract*), um Resumo Gráfico para visualização rápida do mesmo. Existe um conjunto de Listas, designadamente o índice de Figuras e Tabelas, bem como Siglas, Acrónimos e Abreviaturas. Junta-se um curto Glossário e este Guião.

Introdução: após um breve enquadramento, segue-se o estado da arte, terminando com o modelo concetual do tema central da tese.

Objetivos, Questões e Hipóteses de Investigação: finalizam com o modelo de análise.

Materiais e Métodos: aborda-se o desenho do estudo, caracteriza-se a população-alvo e a amostra, e descrevem-se os procedimentos desenvolvidos, incluindo uma síntese.

Ética: descreve-se como foram asseguradas a confidencialidade dos respondentes e a proteção dos dados colhidos, armazenados e tratados, tendo o estudo sido aprovado por duas Comissões de Ética e autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Resultados: este capítulo tem duas partes sinalizadas no Índice, os Resultados de estudos globais exploratórios e os Resultados de estudos parcelares específicos. Após cada subcapítulo, vão-se apresentando sínteses nas quais são essencialmente mencionados resultados estatisticamente significativos.

Discussão: assinalam-se e discutem-se limitações, aspetos dos métodos e resultados e contributos do estudo global da tese.

Conclusões: nestas, relevam-se implicações para a promoção da saúde mental e perspectivas futuras de aplicabilidade dos resultados obtidos e, ainda, a necessidade de investigação noutras áreas afins.

A maioria das figuras e tabelas está no volume 2 de apêndices e anexos, tendo sido todos eles numerados e referenciados no texto da tese. Selecionaram-se algumas figuras e tabelas, particularmente ilustrativas, que foram colocadas no texto principal. Certas figuras e tabelas são datadas dos anos nos quais decorreu o estudo de campo para um melhor enquadramento.

Nas tabelas e figuras utilizadas para serem integradas em artigos científicos, optou-se por manter as mesmas em língua inglesa de modo a não haver duplicação, respetivamente, em português e inglês.

Certas referências bibliográficas vêm citadas no volume 2, no Apêndice G.19.

Sublinham-se os Apêndices H e F, respetivamente, com a listagem dos trabalhos realizados (publicações e outros) e as publicações já efetuadas e apresentadas, em *facsimile*, no volume 2. No seu conjunto, estes trabalhos estão distribuídos em duas categorias, designadamente, trabalhos que fazem parte integrante da tese e outros trabalhos em áreas afins da mesma.

Usou-se terminologia anglo-saxónica sempre que a expressão é a mais usada internacionalmente.







**CAPÍTULO 1**  
**INTRODUÇÃO**



## Capítulo 1 - INTRODUÇÃO

O tema central da tese insere-se na saúde mental pública, mais concretamente na promoção da saúde mental ao nível de um grupo populacional, os trabalhadores. A promoção da saúde mental desenvolve-se, habitualmente, em vários ambientes de vida, e aquele selecionado para a presente pesquisa foi o local de trabalho. A pergunta inicialmente formulada tem a ver com o conhecimento dos fatores psicológicos, sociais e biológicos, em contexto laboral, com impacte, direto ou indireto, na saúde mental e bem-estar do trabalhador, bem como no seu desempenho profissional e consequente produtividade da organização.

Após um período de exploração com revisão da literatura, para um enquadramento teórico, apresenta-se um modelo concetual. Seguidamente, enumeram-se questões de investigação e objetivos gerais, hipóteses de investigação e objetivos específicos operacionais, e explicita-se um modelo de análise.

Neste sentido, com base em modelos, nomeadamente de *stress* laboral, de fatores de risco e de proteção da saúde mental dos trabalhadores, descritos na literatura e assentes em evidência robusta, procurou-se perceber o que já foi realizado, as limitações e críticas, assim como quais os aspetos mais carenciados de investigação, para se abrir espaço para o trabalho desta tese. Partiu-se do que já existe, quais as principais problemáticas e o que é relevante e prioritário investigar.

Identificaram-se as seguintes áreas, com lacunas a serem preenchidas ou mais bem caracterizadas e aprofundadas:

- i) Necessidade de novos modelos de *stress* laboral, dado que alguns dos modelos clássicos têm limitações e são alvo de críticas relativamente a quais os fatores de *stress* nas organizações, com mais peso e maior impacte;
- ii) Escassez de escalas traduzidas e validadas, em Portugal, para avaliar o *stress* na organização e a resiliência;
- iii) Escassez de estudos que tenham, em simultâneo, a componente psicossocial e a componente biológica, na área dos determinantes em contexto laboral, com inclusão de variáveis cardiovasculares e genéticas;

- iv) Necessidade de um melhor conhecimento dos mecanismos subjacentes à promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, associados ao trabalho e emprego, em particular no contexto económico e social dos últimos anos, para permitir uma diminuição do absentismo e presentismo, e um aumento da produtividade;
- v) Necessidade, em Portugal, de estudos com metodologias de avaliação de impacte na saúde mental e bem-estar com recurso a determinantes psicossociais envolvendo trabalhadores.

A presente tese tem como base o desenvolvimento de um estudo global, complementado com estudos parcelares, descritos no capítulo dos resultados. Procurou-se definir a área e as questões de fundo da investigação, e planificou-se o trabalho a realizar. Efetuou-se a revisão da literatura, para um suporte teórico, na sua maioria uma revisão narrativa e, para áreas circunscritas, uma revisão sistemática da literatura com recurso ao PRISMA. Organizaram-se os documentos de pesquisa com elaboração de fichas sinópticas informatizadas, bibliográficas e ideográficas, combinadas numa base de dados com a organização da bibliografia consultada, na sua maioria através do programa de gestão de referências Mendeley.

Na revisão teórica que se segue, apresenta-se um enquadramento mais geral, seguido dos diferentes componentes que integrarão o modelo de estudo da tese, indo do geral para o particular, procurando-se seguir um fio condutor, coerente.

Pretende-se que os resultados alcançados na tese possam ser um contributo para o conhecimento científico nesta área e de apoio e informação aos decisores. Seja a nível local, da organização em que decorreu a investigação e organizações similares, seja a outros níveis de decisão, os resultados obtidos poderão apoiar o desenvolvimento e implementação de políticas públicas saudáveis, tendo em vista ganhos em saúde e redução de desigualdades, numa perspetiva de saúde mental em todas as políticas.

### **1.1 Investigação, políticas e prática**

Os estudos desenvolvidos nesta tese pretendem ser um contributo para se poderem atingir objetivos, identificados como necessidades a nível da saúde mental pública, de diversos documentos estratégicos, nomeadamente, o Plano nacional de saúde (2) (3) (4), Programa nacional de saúde ocupacional (5), Plano nacional de saúde mental (6) e Programa nacional de saúde mental (2) (3), em termos de ganhos em saúde (7). Esses objetivos estão igualmente explanados nas Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-Estar da União Europeia, no contexto da *EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016*, na qual participou ativamente.

Ao identificar determinantes sociais no trabalho (8) (9), a investigação desenvolvida na tese constitui-se como uma base para futuros programas de formação e capacitação de recursos humanos a diferentes níveis, desde os trabalhadores aos administradores na organização, departamento de recursos humanos e equipa de segurança e saúde no trabalho (saúde ocupacional) (10). A elaboração de recomendações, com informação à decisão política, baseada na evidência (11), permite a redução de desigualdades na saúde, incluindo saúde mental (12) (13). Os decisores políticos precisam de ter disponível evidência científica robusta, para apoio nas boas decisões ao conceberem estratégias, e os profissionais necessitam dessa evidência quando selecionam intervenções para implementação. É importante ter em consideração o que é que realmente funciona, em que circunstâncias e com que custos. Além disso, muitas intervenções são culturalmente sensíveis e têm de ser planeadas de acordo com o espaço (escola, local de trabalho ou outro), cultura, região ou país. Na ausência de evidência da respetiva efetividade, há o risco de que políticas e práticas, ao serem introduzidas, possam ser prejudiciais, com desperdício de recursos ou ambos, por isso, um mau investimento em saúde mental (14).

A implementação de boas práticas no local de trabalho para redução do presentismo (15) (16) e absentismo (17), melhoria da conciliação trabalho-família (18), identificação e prevenção de *burnout* (19) com intervenção nos trabalhadores e na organização (20) (21), permite a construção de locais de trabalho saudáveis, promotores de saúde e bem-estar, com menos estigma e maior produtividade (22).

### 1.1.2 Saúde Mental em Todas as Políticas

O envolvimento intersetorial da saúde, emprego, segurança social, educação e outros setores, numa perspetiva de saúde mental em todas as políticas (23) tem em vista a promoção da saúde mental (24) (25) e a prevenção da doença mental (26).

A Saúde Mental em Todas as Políticas (SMeTP) é uma abordagem que promove a saúde mental e o bem-estar da população, com ações em diferentes áreas e no contexto de políticas públicas para lá da saúde. A SMeTP coloca ênfase nos impactes de políticas públicas em determinantes da saúde mental, procura reduzir desigualdades, pretende valorizar as oportunidades disponibilizadas pela saúde mental a diferentes setores, e reforça a responsabilidade dos decisores políticos face ao impacte da saúde mental. Pode ser aplicada a todos os níveis desde as autarquias até ao nível da União Europeia (23) (27) (28) (29).

Neste contexto, sendo a saúde mental um estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza o seu próprio potencial, lida com fatores de *stress* normais do dia-a-dia, trabalha de forma produtiva e tem a capacidade de contribuir para a sua comunidade, facilmente se compreende a importância da saúde mental nas políticas do trabalho. Uma saúde mental pobre está ligada à perda de produtividade, devido a níveis elevados de presentismo, absentismo e reforma prematura. O local de trabalho é um ambiente-chave para a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental na população adulta, dado que a maioria passa grande parte do seu tempo no local de trabalho. Este deveria proporcionar ao indivíduo um sentido de identidade e de dignidade, significado de vida, pertença, suporte social e participação. Ao se incorporar a saúde mental nas políticas laborais, certas medidas de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental são efetivas e com um elevado custo-benefício. Os trabalhadores com uma boa saúde mental têm mais bem-estar e produtividade. Os locais de trabalho “amigos da família” (*family-friendly*) reduzem a carga familiar e podem vir a permitir um aumento da taxa de natalidade. A gestão do *stress* e as medidas que previnam uma alta exigência laboral e um baixo controlo sobre as tarefas, podem evitar consequências de uma má saúde (*ill-health*) (30).

### 1.1.3 Saúde mental pública

Os problemas de saúde mental representam uma elevada carga e têm custos acentuados pelos impactes na saúde, sociais e económicos. Isto exige ações no contexto da saúde mental pública, não apenas no tratamento mas também na prevenção de perturbações mentais e na promoção do bem-estar e saúde mental positiva (14).

A saúde mental é uma área problemática da saúde pública, com uma ampla transversalidade e que ultrapassa o âmbito da intervenção na saúde. Para minimizar o impacto que os problemas de saúde mental representam para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades, é indispensável o envolvimento de outras áreas e setores: a educação, o trabalho, a segurança social, a justiça, as autarquias, a comunicação social e muitos outros.

A doença mental afeta pessoas de todas as faixas etárias e a patologia psiquiátrica pode ser grave e potencialmente incapacitante, associada à exclusão social, escolar e laboral, ao atingir os jovens e adultos na fase mais ativa da vida.

As perturbações psiquiátricas e as relacionadas com a utilização de álcool e outras substâncias estão entre as principais causas da carga global das doenças, medida através dos YLD (*years lived with disability*/anos vividos com incapacidade) e dos DALY (*disability adjusted life years*/anos de vida ajustados por incapacidade/mortalidade e morbilidade) (31).

Em Portugal, o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental numa amostra representativa da população adulta em Portugal mostrou (32) uma prevalência anual muito elevada de perturbações psiquiátricas, na sua globalidade de 22,9%, a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte que ocupa o primeiro lugar, demarcando-se dos outros países do sul da Europa.

A doença mental e a saúde mental negativa comportam custos elevadíssimos para os próprios e para a sociedade em geral, custos esses diretos e, sobretudo, indiretos, estes últimos relacionados, na sua maioria, com diminuição de produtividade com todas as consequências que daí advêm.

Os mecanismos, para melhorar o bem-estar de todos os cidadãos, de todas as idades, passam, a montante do tratamento e da reabilitação psicossocial, pela promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

Mais do que noutra área da saúde, o estigma representa um dos obstáculos para uma boa saúde mental. O rótulo e a marca de doente mental, e a discriminação e o estigma associados à doença mental, são dos maiores responsáveis pela exclusão social e profissional das pessoas com estes problemas e um obstáculo à plena integração e à procura atempada de cuidados de psiquiatria e saúde mental. Deste modo, há que fomentar o processo de mudança de atitudes da comunidade face à doença mental através da informação ao público em geral. Figuras conhecidas falando da sua experiência pessoal, como é o caso de Horta-Osório (33), promovem a saúde mental em diferentes ambientes de vida, como o local de trabalho, o acesso aos cuidados de saúde e a integração dos cidadãos com estes problemas.

#### 1.1.4 Saúde mental positiva

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como *“um estado de bem-estar em que todo o indivíduo realiza o seu potencial, consegue lidar eficazmente com o stress normal da vida, trabalhar produtiva e proveitosamente e dar um contributo para a sua comunidade”* e diversos autores têm valorizado o ciclo do bem-estar mental (34) (35). É importante notar que a ausência de perturbação mental não significa necessariamente a presença de boa saúde mental (36) (37). Visto de outro modo, as pessoas que vivem com perturbação mental também podem atingir bons níveis de bem-estar: vivendo uma vida satisfatória e com sentido e dando o seu contributo, apesar de restringidas por sintomas dolorosos, angustiantes ou debilitantes. A dimensão positiva da saúde mental é realçada na definição de saúde da OMS como consta na sua fundação: *“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”* (35).

Uma boa saúde mental é parte integrante da saúde e do bem-estar do ser humano. A saúde mental e muitas perturbações mentais comuns são moldadas por vários ambientes sociais, económicos e físicos em diferentes fases da vida de uma pessoa. Os fatores de risco



estão fortemente associados a desigualdades sociais, sendo tanto maior a desigualdade no risco quanto maior a desigualdade social. É da maior importância que se intervenha no sentido de melhorar as condições da vida quotidiana, com início antes do nascimento, na primeira infância, na infância e adolescência e durante as idades laboral e de formação de família, bem como ao longo da idade mais avançada. A intervenção nestas fases da vida fornece oportunidades tanto para melhorar a saúde mental da população como para reduzir o risco das perturbações mentais que estão associadas às desigualdades sociais (38).

Uma boa saúde mental caracteriza-se pela capacidade de uma pessoa para realizar várias funções e atividades fulcrais, incluindo: a capacidade de aprender, a capacidade de sentir, exprimir e gerir uma série de emoções positivas e negativas, a capacidade de formar e manter boas relações com os outros, a capacidade de gerir e lidar eficazmente com a mudança e a incerteza.

Há diferentes modelos que procuram concetualizar a saúde mental positiva, sendo necessário definir a saúde mental em termos que sejam culturalmente sensíveis e inclusivos. É igualmente importante a validação de critérios para saúde mental, de forma empírica e longitudinalmente (39). Algumas precauções devem ser tomadas quando se fala de saúde mental positiva, dado ainda existirem limites imprecisos, quer no conceito de saúde mental quer de doença mental (40).

#### 1.1.5 Perturbações mentais comuns

As perturbações mentais comuns, em particular a ansiedade e a depressão, podem estar associadas a determinantes sociais da saúde (38) e resultar de experiências *stressantes* (41), mas também ocorrem na ausência dessas experiências. Além disso, as experiências *stressantes* nem sempre levam a perturbações mentais. Muitas pessoas experienciam sofrimento psicológico abaixo do limiar para o diagnóstico de perturbação mental. Podem ter uma saúde mental frágil sem propriamente estarem abrangidas pelos critérios que definem a doença mental, e esse sofrimento psicológico pode afetar uma grande proporção das populações (42).

Em todo o mundo, é necessária uma mudança no sentido de se colocar ênfase na prevenção de perturbações mentais comuns, como a ansiedade e a depressão, através da intervenção nos determinantes sociais da saúde, bem como na melhoria do tratamento de doenças físicas existentes. A intervenção é tanto mais necessária na medida em que algumas causas e desencadeantes da perturbação mental se encontram nas esferas social, económica e política, e nas circunstâncias da vida quotidiana (38) (43) (44) (45) (46) (47).

#### 1.1.6 Bem-estar subjetivo e felicidade

Nos últimos anos, os investigadores e a política pública têm manifestado um interesse crescente pelo bem-estar. A abordagem de Amartya Sen na economia do bem-estar, pobreza e desigualdade (48) tem tido influência na abertura do debate em volta de um conjunto de capacidades que permitam aos indivíduos fazerem e serem aquilo que têm razões para valorizar (38). Segundo Sen, a série de coisas que as pessoas valorizam fazer ou ser podem ir das “elementares, como ser alimentado adequadamente e estar livre de uma doença evitável, até atividades muito complexas ou estados pessoais como os de estar disponível para participar na vida da comunidade e ter autorrespeito” (49).

A teórica política Martha Nussbaum elaborou o conceito das capacitações em dez domínios diferentes: “não morrer prematuramente”, “ser capaz de ter uma boa saúde”, ter “integridade corporal”, “ser capaz de utilizar os sentidos, imaginar, pensar e raciocinar”, ter liberdade de expressão emocional, ter raciocínio prático permitindo “planear a sua vida”, ter “afiliação” com outros em condições que gerem “autorrespeito” e “não-discriminação”, preocupar-se com “outras espécies”, “ser capaz de rir, jogar, usufruir de atividades recreativas”, “ser capaz de participar efetivamente em escolhas políticas que governem a sua vida” e ter “controlo” sobre o seu ambiente material (50).

A saúde mental faz parte integrante desta concetualização de bem-estar porque permite que as pessoas façam e sejam coisas que têm razão para valorizar. Em sentido contrário, ser e fazer coisas que se possam valorizar contribui para a saúde mental. As capacitações para fazer e ser são moldadas por circunstâncias individuais, sociais, económicas e ambientais. Para ilustrar, as capacitações de uma mulher são gravemente restringidas se ela for incapaz de completar a educação secundária, se for sujeita a violência

doméstica, trabalhar por salários baixos no mercado laboral informal e enfrentar dificuldades para ser capaz de alimentar e vestir os seus filhos. Essa mulher apresenta um risco mais elevado de humor triste e de sentimentos de desespero e desamparo, associados a depressão, relativamente a uma mulher que não esteja exposta àqueles fatores. As capacitações e o bem-estar relacionam-se com o gradiente socioeconómico através de determinantes sociais.

O bem-estar subjetivo (BES) é definido como “as avaliações cognitivas e afetivas de uma pessoa relativamente à sua vida” (51). O elemento cognitivo refere-se à ideia que tem da satisfação com a sua vida em termos globais (a vida como um todo) e em termos específicos (em áreas da vida tais como o trabalho, as relações, entre outras). O elemento afetivo refere-se a emoções, humor e sentimentos. O afeto é considerado positivo quando as emoções, humor e sentimentos experienciados são agradáveis (p. ex., alegria). O afeto é considerado negativo, no entanto, quando as emoções, humor e sentimentos experienciados são desagradáveis (p. ex., culpa, raiva, vergonha). Uma pessoa com elevado nível de satisfação com a sua vida e que experiencie um afeto positivo mais elevado, e um menor afeto negativo, seria considerada como tendo um alto nível de BES (ou, em termos mais simples, como sendo muito feliz). O conceito de BES cai na perspetiva “hedónica” que define bem-estar ou felicidade como tendo que ver, fundamentalmente, com a maximização do prazer e o evitamento ou minimização da dor. Isto difere da perspetiva “eudemónica”, que, como afirmou Waterman, aplica-se ao viver de acordo com o seu *daimon*, ou “verdadeiro *self*” (52). Esta perspetiva põe o foco numa sensação de sentido e propósito na vida, na autorrealização e na extensão com que uma pessoa integra tudo isto na sua vida. Na melhor das hipóteses, 50% da variância no BES pode ser explicada pela hereditariedade e, na pior (53), 80%. Isto ainda deixa entre 20% e 50% para uma combinação da “vontade” (o que o indivíduo pode fazer para melhorar o seu BES) e das circunstâncias (fatores demográficos e situacionais). Assim sendo, embora o poder da personalidade em influenciar o BES seja importante em termos da predisposição do indivíduo para comportar-se de certo modo, os seus “esforços” também têm importância. Qual a capacidade do indivíduo para modificar o modo como pensa acerca da sua vida? Por exemplo, um indivíduo com uma estrutura mais neurótica poderia aprender a ser mais otimista modificando o seu estilo de pensamento explicativo. Além da extroversão, Diener

et al. (54) também chegaram à conclusão de que o otimismo (a expectativa de que no futuro acontecerão mais coisas boas do que más), o *locus* de controlo interno (a crença de que se tem controlo sobre a sua vida) e a autoestima (definida por Baumeister et al. (55) como “quanto valor se põe em si próprio, no mérito próprio e nas suas capacidades”) eram traços de personalidade que se correlacionavam significativamente com o BES. Muitos estudos citam uma vida social rica e realizada e uma rede próxima de suporte social envolvendo a família e os amigos como estando correlacionadas com o BES. Um estudo dos 10% de estudantes universitários mais felizes mostrou que aqueles que se envolviam em maiores quantidades de atividade social eram os mais felizes (56). A investigação sugere que as pessoas que têm emprego são tendencialmente mais felizes do que as desempregadas, e, além disso, os trabalhadores especializados parecem ser mais felizes do que os não especializados (57). Muito disto parece consistente com teóricos da atividade como Csikszentmihalyi, que sugeriu que as pessoas são mais felizes quando se envolvem em atividades que não só correspondem ao seu nível de perícia, como também são interessantes (58). No entanto, pode-se estar empregado e trabalhar num emprego altamente qualificado com imensa variedade de tarefas e uma equipa de pessoas sociáveis e apoiantes, e sentir-se subjugado e ansioso por os desafios excederem o tempo e a capacidade disponíveis. No entanto, estar empregado fornece mais do que uma oportunidade para ocupar a mente e conectar-se com outros do que estando desempregado: o desemprego pode conduzir a um elevado sofrimento e menor satisfação com a vida (59). Myers chegou à conclusão de que as pessoas casadas são em geral mais felizes do que as não casadas, sejam elas separadas, divorciadas ou solteiras (60). Também descobriu que as pessoas mais infelizes são as que estão presas a casamentos infelizes.

O lazer e a recreação têm efeitos benéficos a curto prazo no BES (57). O exercício, por exemplo, melhora os estados de humor a curto prazo e, a longo prazo, leva a um BES aumentado (57). Se é verdade que o exercício implica melhores resultados psicológicos e físicos, as atividades de lazer e recreação e o exercício envolvem frequentemente a interação com outras pessoas. Estudos empíricos mostram que é provável que um indivíduo muito feliz seja um extrovertido otimista com um casamento feliz, tenha uma vida social ativa com uma rede de bom suporte social, se sinta realizado no trabalho, seja religioso, goze de atividades recreativas, se exercite regularmente e se sinta de boa saúde.

É também provável que tenha as suas necessidades básicas satisfeitas e viva num país democrático que respeite os direitos civis e a liberdade de expressão.

Num estudo prospetivo levado a cabo no sul da Alemanha, os dados dos participantes recrutados foram reunidos através de três inquéritos diferentes realizados entre 1984 e 1995 (T1) com os respetivos *follow-ups* em 2009 (T2). A amostra do estudo consistia em 1801 participantes empregados (1146 do sexo masculino e 655 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 41 e os 72 anos. O estudo tinha o objetivo de examinar prospetivamente a influência da exposição à insegurança laboral durante a vida de trabalho no bem-estar subjetivo (BES) após a reforma. Os resultados mostraram que a exposição à insegurança laboral na meia-idade estava associada a um baixo BES na reforma, mesmo após feito o controlo para um vasto conjunto de fatores de risco. Isto mostra que os efeitos negativos das condições de trabalho instáveis podem persistir muito para além da reforma, muito depois do fim do emprego (61).

Investigações recentes começaram a distinguir dois aspetos do bem-estar subjetivo. O bem-estar emocional refere-se à qualidade emocional da experiência quotidiana de um indivíduo: a frequência e a intensidade das experiências de alegria, *stress*, tristeza, raiva e afeto que tornam a vida agradável ou desagradável. A avaliação da vida refere-se aos pensamentos que as pessoas têm acerca das suas vidas quando pensam nelas. Para estes dois aspetos do bem-estar fizeram-se perguntas sobre se o dinheiro compra a felicidade. Foram analisadas mais de 450 000 respostas ao Gallup-Healthways Wellbeing Index, realizado pela Gallup Organization. Os resultados revelaram que o bem-estar emocional e a avaliação de vida têm diferentes correlatos. O rendimento e a educação têm uma relação mais próxima com a avaliação de vida, mas a saúde e a prestação de cuidados, a solidão e o tabagismo são preditores relativamente fortes das emoções diárias. Quando traçada em função do logaritmo do rendimento, a avaliação de vida aumenta de um modo constante. O bem-estar emocional também aumenta com o logaritmo do rendimento, mas o progresso estanca para um rendimento anual a partir de 75 000 dólares. Os baixos rendimentos agravam o sofrimento emocional associado a certos acontecimentos de vida negativos como o divórcio, problemas de saúde e solidão. As conclusões sugerem que os elevados rendimentos compram satisfação com a vida mas não felicidade e que os baixos

rendimentos estão associados tanto a uma baixa avaliação de vida como a um baixo bem-estar emocional (62).

Brites (63) descreve o bem-estar subjetivo e a felicidade dos Portugueses, com base na informação recolhida pelo European Social Survey em 2008 e a Felicidade Interna Bruta sugerida pela “Comissão Stiglitz” no governo de Sarkozy.

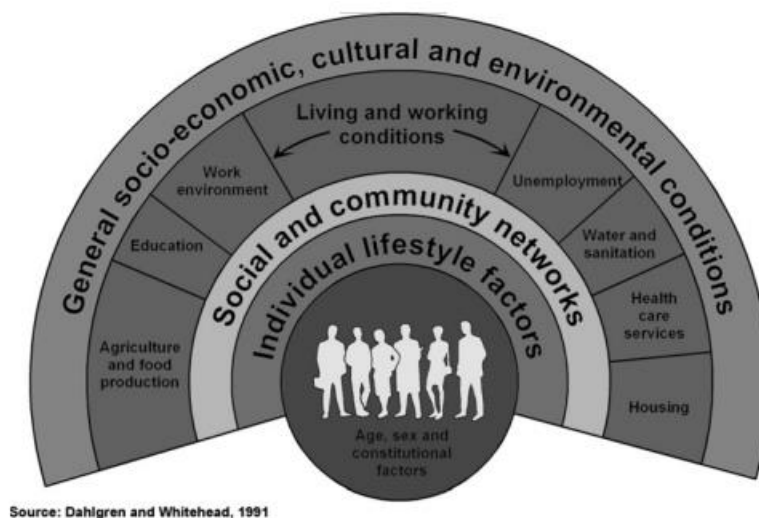
#### 1.1.7 Determinantes da saúde

A saúde é um estado dinâmico, influenciado por múltiplos fatores em vários domínios, de um nível intrínseco (i.e., genética, características e comportamentos da pessoa) a um nível extrínseco, como o ambiente e as circunstâncias onde os indivíduos estão inseridos. Assim, a saúde não é meramente um estado biologicamente definido mas também um estado produzido socialmente (64) em que as condições sociais e económicas afetam as vidas das pessoas e determinam o seu risco de doença (OMS).

Neste sentido, é importante introduzir a noção de determinantes da saúde, que se referem aos fatores com uma influência importante na saúde do indivíduo. Estes fatores são classificados como determinantes da saúde na medida em que verdadeiramente determinam e influenciam a saúde do indivíduo e contribuem para a existência de assimetrias entre os indivíduos.

Os determinantes podem ser distinguidos em diferentes categorias, tais como (65):

- Determinantes biológicos (p. ex., idade, género e genética)
- Determinantes socioeconómicos (p. ex., estatuto social, educação, emprego, exclusão social)
- Determinantes ambientais (p. ex., água potável e ar respirável; ambiente social: locais de trabalho saudáveis, casas, comunidades e estradas seguras)
- Determinantes relacionados com o acesso e uso de serviços (p. ex., serviços de saúde, serviços sociais, educação, lazer, transportes públicos).



**Figura 1.** Modelo de Dahlgren e Whitehead dos determinantes sociais da saúde. Extraído de Bamba et al. (58)

Além de as características pessoais e os comportamentos dos indivíduos influenciarem o seu estado de saúde, os fatores contextuais também têm sobre esta uma influência importante. Estes fatores contextuais que cobrem todos os fatores externos ao indivíduo podem ser classificados como determinantes sociais da saúde e têm um grande peso no estabelecimento das desigualdades a nível da saúde. De acordo com a definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem constituem os determinantes sociais da saúde. De acordo com a Figura 1, listam-se aqui os principais determinantes sociais da saúde:

Condições socioeconómicas gerais,  
culturais e ambientais;

Condições de vida e de trabalho;

Produção agrícola e alimentar;

Educação;

Ambiente laboral;

Desemprego;

Água e saneamento.

Serviços de cuidados de saúde;

Habitação;

Redes sociais e comunitárias;

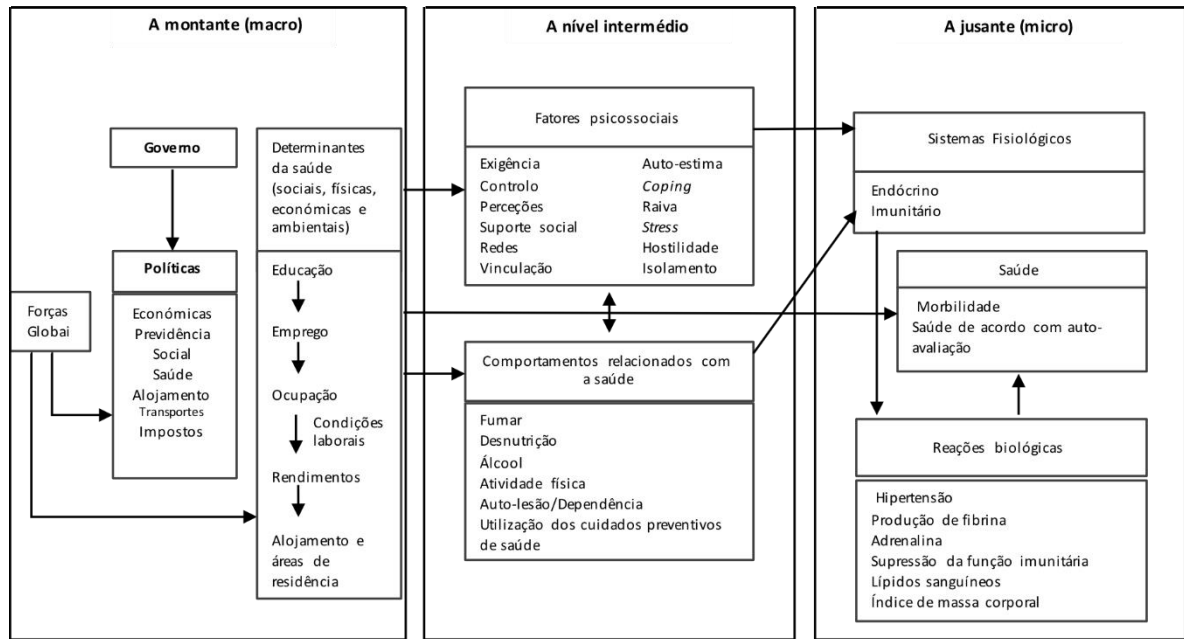
Fatores de estilo de vida do  
indivíduo;

Idade, sexo e fatores  
constitucionais.

Os determinantes sociais da saúde estão relacionados com fatores não médicos que influenciam a saúde. No entanto, os determinantes da saúde podem ser divididos em três categorias: determinantes a jusante da saúde, determinantes intermédios da saúde e determinantes a montante da saúde.

O seguinte esquema apresentado na Figura 2 exemplifica o modo como os determinantes da saúde são divididos em três níveis de análise. O nível micro refere-se à categoria de determinantes a jusante, relacionada com “fatores temporária ou espacialmente próximos dos efeitos na saúde (e, portanto, relativamente aparentes), mas influenciados por fatores a montante” (66). Estes fatores são os fatores mais intrínsecos. Adicionalmente a esta categoria, há outra categoria situada a nível intermédio que se refere aos comportamentos de saúde, características e ambiente social onde o indivíduo está inserido. Por fim, há outra categoria que se refere aos fatores a nível macro, denominados determinantes a montante e definidos como “causas fundamentais que desencadeiam vias causais que conduzem (muitas vezes a uma distância temporal e espacial) a efeitos na saúde através de fatores a jusante” (66). Há uma influência interconectada entre estes três níveis e, apesar de o nível macro não depender das escolhas e liberdades individuais mas de restrições institucionais, incluindo forças globais e políticas governamentais, tem uma influência importante tanto direta como indiretamente ao moldar os determinantes intermédios e a jusante, através de recursos económicos e sociais e oportunidades que influenciam o acesso de um indivíduo a uma vida e a condições de trabalho promotoras de saúde, e a opções saudáveis (66).





**Figura 2.** Determinantes sociais da saúde de acordo com diferentes níveis de análise. Adaptado e traduzido a partir de Turrell et al. (60)

### 1.1.8 Desigualdades em saúde

Os fatores que são apresentados como determinantes da saúde não afetam de modo igual cada indivíduo. Neste sentido, podemos concluir que esses determinantes contribuem amplamente para o estabelecimento de desigualdades em saúde.

De acordo com a definição apresentada pela OMS, as desigualdades em saúde podem ser definidas como “diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos determinantes de saúde entre diferentes grupos populacionais”<sup>3</sup> e podem ser medidas através de alguns indicadores (como a mortalidade, a morbilidade e a esperança média de vida) estratificados por características sociodemográficas.

O interesse nas desigualdades em saúde surgiu na década de 80 do século XX, em particular após a publicação do “*Black Report*” em Inglaterra, em 1980, que contribuiu para uma maior consciência das desigualdades em saúde em toda a Europa, e que concluiu que

<sup>3</sup> Organização Mundial de Saúde: Glossary of terms – Health inequality and inequity <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>

o risco de morte era duas vezes e meia superior nas ocupações não qualificadas do que nas profissões liberais (67) (68).

Um dos fatores mais importantes relacionado com as desigualdades em saúde é o gradiente social. O gradiente social refere-se ao espectro socioeconómico de uma sociedade ou um país, que permite a categorização dos indivíduos em grupos, do mais baixo estatuto socioeconómico ao mais elevado estatuto socioeconómico. Este gradiente deve-se à distribuição desigual de rendimento, bens e serviços e à consequente possibilidade de levar uma vida próspera (69). O gradiente social refere-se a um sistema hierárquico definido por categorias socioprofissionais, nível educacional e nível económico, cultural e social, adquiridos pelos indivíduos (70). Assim, quanto mais baixa a posição social de uma pessoa, maior a probabilidade de morrer mais jovem e de ter uma maior prevalência de todos os tipos de problemas de saúde (67). O nível de diferentes tipos de capitais adquiridos pelos indivíduos influencia diretamente as questões da mortalidade e da morbilidade, enfatizando desigualdades tanto pelo tipo de doença (os indivíduos na categoria socioeconómica mais baixa tendem a apresentar maior risco de certas doenças, quer pelas suas ocupações profissionais e possíveis riscos que lhes são inerentes quer pelos comportamentos associados aos estilos de vida condicionados pelos baixos rendimentos e baixa literacia em saúde), como pelo acesso aos serviços de saúde e à procura de serviços médicos nos estádios iniciais da doença para a prevenir (68). De acordo com a evidência científica, embora os grupos socioeconómicos mais baixos partilhem causas específicas para o excesso de mortalidade, há diferenças importantes entre países europeus. Em particular, a diferença mais importante está relacionada com a doença isquémica, que é um contributo importante para as desigualdades na mortalidade nos países do norte da Europa e é muito menos importante nos países do sul da Europa, por causa do menor consumo de tabaco nestes países em comparação com os países do norte e também por causa dos possíveis fatores protetores das dietas mediterrânicas, além de outros fatores (71).

Segundo Mackenback et al. (71), as pessoas no estrato socioeconómico mais baixo estão mais expostas a riscos de saúde no ambiente físico, experienciam com maior frequência agentes psicossociais de *stress* e são mais propensas a aderir a comportamentos não saudáveis, como fumar, dieta inadequada, consumo excessivo de álcool e falta de

exercício físico. A análise de Mackenback et al. (71) da mortalidade por causas específicas sugere que as taxas de consumo prejudicial de bebidas são substancialmente mais elevadas nos grupos socioeconómicos mais baixos do que nos mais elevados, em particular entre os homens. Também podem estar envolvidos níveis baixos de suporte social e falta de controlo sobre a própria vida, combinados com uma cultura que aprova o consumo excessivo de álcool (71).

Os fatores materiais fazem parte da explicação do efeito causal do estatuto socioeconómico na saúde, em particular é muito provável que a desvantagem financeira possa afetar a saúde através de diferentes mecanismos como o *stress* psicossocial e consequentes comportamentos de risco (p. ex., fumar, consumir álcool em excesso...) e um reduzido acesso a recursos e produtos promotores de saúde (i.e., frutos e vegetais, desportos, serviços de prevenção da saúde) (67). Além das restrições económicas objetivas, em que a adesão a comportamentos de risco não saudáveis está profundamente interligada, um domínio mais subjetivo (como o capital cultural ou a posição simbólica na hierarquia de distinções sociais) está também relacionado com estes comportamentos, na medida em que as restrições económicas acabam por determinar e refletir preferências e hábitos associados a um estilo de vida de grupos com mais desvantagens (68).

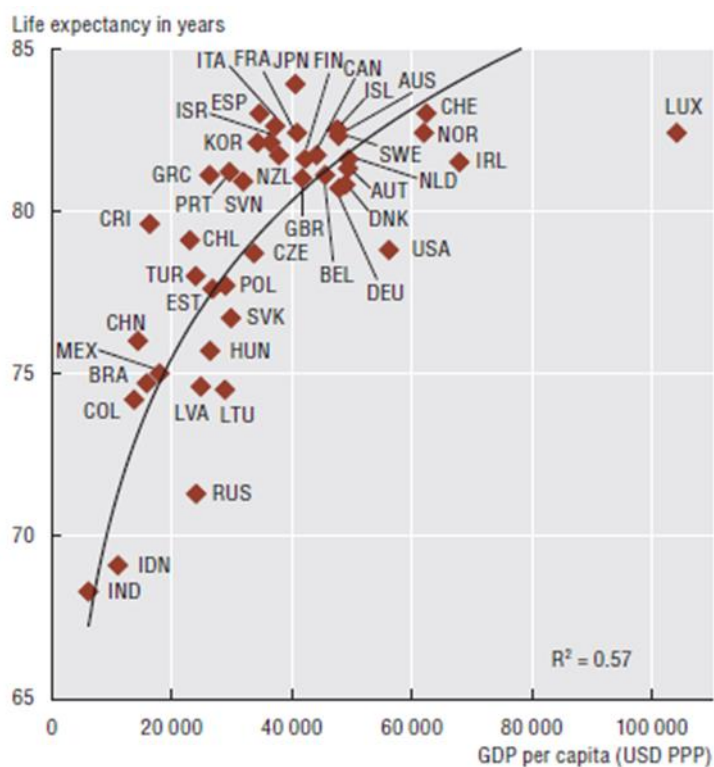
O estatuto socioeconómico contribui para o estabelecimento de um gradiente social e, apesar de a posição socioeconómica das pessoas poder ser expressa com maior precisão através da ocupação ou do rendimento, a educação assume um papel importante na posição das pessoas na sociedade, constituindo um determinante fundamental tanto da ocupação como do rendimento e moldando a probabilidade de se atingir uma categoria socioprofissional valorizada (72). Além disto, a educação está fortemente correlacionada com melhor saúde percebida, menor probabilidade de estar doente, melhor estilo de vida, proteção mais forte face a vários fatores de risco e, geralmente, com uma expectativa de vida mais longa (73). A educação também tem um papel nas taxas de mortalidade por todas as causas, pelo que na Europa, em geral, as pessoas com menos educação têm maiores taxas de mortalidade por todas as causas exceto cancro da mama, como indicado por um índice de declive negativo de desigualdade para esta causa de morte (71).

As diferenças relacionadas com o estatuto socioeconómico promovem desigualdades, não apenas em cada país, mas também entre diferentes países. Sabe-se que

há diferenças e desigualdades críticas entre os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, no entanto mesmo nos países desenvolvidos persistem desigualdades (apesar de pertencerem à categoria de países desenvolvidos), em particular nos países que são considerados mais pobres e onde o Produto Interno Bruto (PIB), *per capita*, é mais baixo. No caso particular do nosso país, numa recente revisão sistemática da literatura acerca dos determinantes sociais da saúde em Portugal, verificou-se uma forte evidência de desigualdades socioeconómicas na saúde e que estas são possivelmente das mais elevadas entre os países europeus. Ao mesmo tempo, concluiu-se que a educação e o género eram os determinantes principais das desigualdades na saúde, afetando principalmente a distribuição da obesidade, a autoavaliação de saúde e os sintomas de saúde mental (74).

De acordo com um estudo de Mackenbach (67) que visava rever a evidência de uma existência de desigualdades socioeconómicas na saúde na União Europeia, focando as taxas de mortalidade pela posição socioeconómica, concluiu-se que em todos os países europeus, com dados disponíveis, as taxas de mortalidade eram mais elevadas entre aqueles em posições económicas menos vantajosas, independentemente de a posição socioeconómica ser indicada pelo nível educacional, classe ocupacional ou nível de rendimento.

No entanto, relativamente ao indicador de expectativa de vida nos países europeus, os dados estatísticos apresentados pela OCDE mostram que a produção económica é apenas um dos muitos determinantes das consequências para a saúde, na medida em que todos os países do sul da Europa, onde o PIB *per capita* chega a ser, nalguns deles, abaixo da média da UE a 28, a expectativa de vida é maior do que a média na UE a 28 (Figura 3).

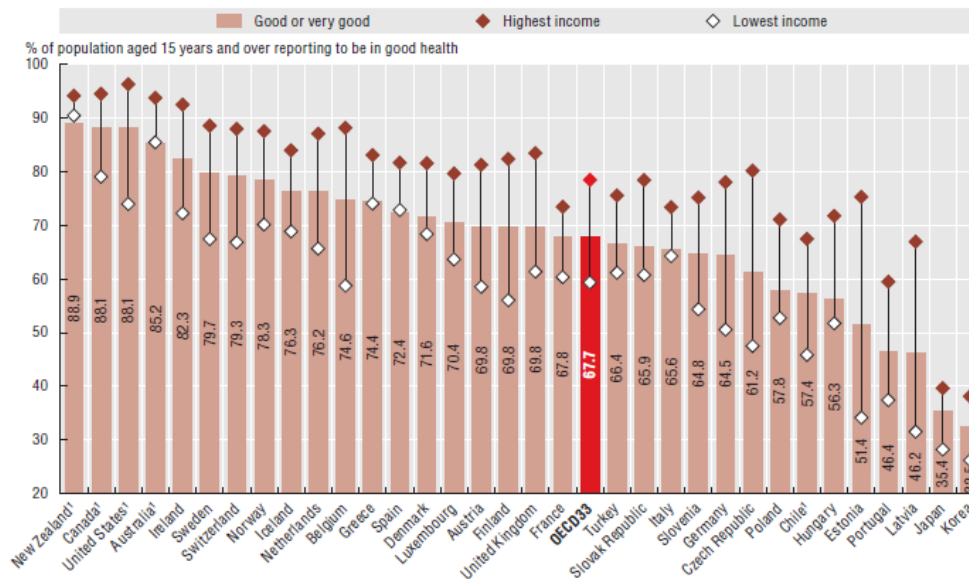


Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933602253>

**Figura 3.** Expetativa de vida ao nascer versus PIB *per capita*, 2015. Fonte: OCDE (2017)

O capital económico também tem uma influência acrescida no estado percebido de saúde e os dados estatísticos mostram que este indicador subjetivo varia de acordo com as diferenças no nível de rendimento. Dados da OCDE (75) mostram que a percentagem de pessoas relatando estar de boa saúde é sempre maior para as pessoas com maiores níveis de rendimento do que para indivíduos com menores rendimentos. Estas discrepâncias são particularmente maiores em países europeus como a Alemanha, a Eslovénia, a Finlândia, a República Checa, a Estónia e Portugal (Figura 4).



Note: Countries are ranked in descending order of perceived health status for the whole population.

1. Results for these countries are not directly comparable with those for other countries, due to methodological differences in the survey questionnaire resulting in an upward bias.

Source: OECD Health Statistics 2017 (EU-SILC for European countries).

**Figura 4.** Estado de saúde percebido de acordo com o nível de rendimentos, 2017. Fonte: OCDE

### 1.1.9 Determinantes da saúde mental, desigualdades e abordagem biopsicossocial

O conceito de saúde mental não é definido pela ausência de perturbação mental. De acordo com a definição da OMS é *“um estado de bem-estar em que todo o indivíduo realiza o seu potencial, pode fazer face aos stresses normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere”*<sup>4</sup>. Neste sentido, a saúde mental tem sido crescentemente entendida como o produto de interações múltiplas e complexas, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais (76).

O conceito de saúde mental não pode ser separado da saúde geral, pelo que os determinantes da saúde global estão também ligados de perto aos fatores que, operando a diferentes níveis, tais como o individual, o social e a comunidade, e a um nível de condições sociais e ambientais mais amplas, criam uma saúde mental e um bem-estar ótimos ou mínimos (77). As doenças mentais, tal como as doenças físicas, têm sustentação

<sup>4</sup> World Health Organization. What is mental health? WHO web page: World Health Organization; 2014 [updated August 2014]. Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

genética, mas os determinantes sociais têm claramente um papel tanto na causalidade como no desenvolvimento das perturbações mentais (78) (Figura 5).



**Figura 5.** Os determinantes sociais da saúde mental. Adaptado e traduzido a partir de Shim et al. (73)

Os determinantes sociais não afetam, do mesmo modo, a saúde mental dos indivíduos e, também aqui, o gradiente social tem um papel. Quanto mais baixo o estado socioeconómico (onde os determinantes sociais contribuem para um aumento da vulnerabilidade dos indivíduos), mais elevado o risco de doença mental. Assim, as desigualdades em saúde mental significam uma distribuição desigual de fatores que promovem e protegem a saúde mental positiva e fatores que são prejudiciais para a saúde mental. Essas desigualdades existem no acesso a cuidados, ao uso e aos resultados desses cuidados (p.ex. morbidade e mortalidade) e podem ocorrer por região geográfica (rural/urbana), género, estatuto socioeconómico, fundo racial ou étnico e orientação sexual, entre outras variáveis (79).

O dinheiro não é uma garantia de saúde mental e a sua ausência não conduz, necessariamente, à doença mental. No entanto, é geralmente aceite que a pobreza pode ser tanto determinante como consequência da deficiente saúde mental (80). Em particular, há uma associação entre pessoas desfavorecidas e uma maior prevalência de perturbações mentais comuns, em particular naqueles com iliteracia e educação pobre (76) (81). Também está documentado que o padrão de distribuição social das perturbações mentais comuns é observado como um gradiente de classe social, mais marcado nas mulheres do que nos homens (82). Isto pode estar relacionado com o facto de esses indivíduos, em posição inferior na hierarquia social, serem mais propensos a experiências de condições económicas, sociais e ambientais menos favoráveis ao longo da vida e terem acesso a menos atenuadores e suportes (82). Em particular, o estatuto económico e social continua a ser um correlato, moderado a forte, da prevalência de depressão e uma posição inferior no estrato social pode aumentar ligeiramente o risco de um episódio de depressão e aumentar moderadamente a persistência desta (83).

Embora a baixa educação constitua um determinante crucial da saúde ao aumentar o risco de perturbações mentais comuns, influencia também o acesso aos cuidados de saúde, na medida em que o estar associada com fatores como o desemprego, a pobreza e a exclusão social pode constituir uma barreira que dificulta o acesso a esses indivíduos que, devido às suas condições de vulnerabilidade, têm um risco aumentado de desenvolver uma doença mental (76).

Além da educação e do estado socioeconómico, o género também é um determinante crítico da saúde mental e da doença mental e determina o poder diferencial e o controlo que os homens e mulheres têm sobre determinantes socioeconómicos da sua saúde mental e das suas vidas, a posição social, o estatuto e o tratamento na sociedade, e a suscetibilidade e exposição a riscos específicos para a saúde mental.<sup>5</sup>

Outro grupo de determinantes específicos que contribuem para as desigualdades na saúde mental são os fatores psicossociais. No que a estes diz respeito, a posição socioeconómica também tem um papel importante porque aqueles que estão em posições

---

<sup>5</sup> World Health Organization. Gender and women's mental health: gender disparities and mental health: the facts. Who web page: World Health Organization. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/)



inferiores experienciam em média mais *stress* psicossocial, na forma de acontecimentos negativos de vida (p. ex., perda de entes queridos, dificuldades financeiras), problemas diários, desequilíbrio esforço-recompensa (elevados níveis de esforço sem recompensas materiais e não materiais apropriadas) e uma combinação de elevadas exigências e baixo controlo (67).

As desigualdades de género com uma menor prevalência de bem-estar mental entre as mulheres são comuns nos países europeus (84).

A abordagem biopsicossocial, proposta por Engel (85), introduziu uma nova forma de conceitualização das dificuldades em saúde mental, no contexto da investigação, formação e prática. Tem estado na arena da saúde mental global como uma área que procura estabelecer pontes entre iniquidades e desigualdades no âmbito da saúde mental e dos serviços de saúde mental (86). Esta perspetiva é fundamental para a compreensão dos determinantes biológicos, psicológicos e sociais em saúde mental.

#### 1.1.10 Desigualdades em saúde mental no local de trabalho

Na nossa sociedade, o trabalho pago assume um papel orientador e poderíamos verificar que os processos de socialização contribuem, desde cedo, para um reconhecimento do trabalho como um importante recurso ao fornecer autorrealização, socialização, equilíbrio psicológico, segurança financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais e autoestima, além de proteção face aos riscos físicos e psicossociais, todos eles importantes para a saúde (69) (87). No entanto, estas condições positivas fornecidas pelo trabalho apenas ocorrem quando a natureza e as condições do trabalho são boas. Caso contrário, elas podem ter implicações poderosas na saúde e na equidade em saúde (69).

Os requisitos materiais para uma vida decente, o controlo sobre fatores que influenciam a vida e a participação na sociedade constituem as três necessidades fundamentais dos indivíduos, que estão subjacentes à ação das desigualdades em saúde. Neste sentido, o trabalho e, em particular, condições justas de emprego e trabalho decente, podem ajudar os indivíduos a satisfazer tais necessidades (88).

De acordo com o relatório desenvolvido pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) (89), o emprego e o trabalho constituem um determinante importante da

saúde, de modo que é necessário agir no sentido de melhorar o emprego justo e o trabalho decente a fim de reduzir as desigualdades em saúde.

Atualmente, o mercado laboral é governado por um paradigma de flexibilidade que estimulou um clima de insegurança e incerteza e afetou a possibilidade de controlo dos indivíduos sobre as suas vidas. Apesar de uma força laboral flexível ser vista como boa para a competitividade económica, ela promove desigualdades sociais e tem implicações negativas na saúde dos indivíduos, através do aumento de desemprego e formas precárias de trabalho. Num tal cenário, há uma incapacidade do mercado laboral em absorver toda a força laboral bem como uma falta de empregos decentes e justos para todos, o que evidentemente gera desigualdades. Aqueles que estão em posição inferior no gradiente social são mais suscetíveis a estas desigualdades e aos seus efeitos e, neste sentido, a educação tem um peso importante, na medida em que torna mais vulnerável ou transmite poder aos indivíduos consoante o seu nível escolar. Em particular, de acordo com um estudo comparativo em países selecionados da Europa, as pessoas com nível educacional mais baixo têm taxas substancialmente mais elevadas de incapacidade e desemprego e também têm frequentemente contratos de emprego menos estáveis (Anxo et al. 2012, citado em (116))

As desigualdades em saúde, causadas pelos efeitos da flexibilidade laboral, refletem-se na mortalidade, e a evidência indica que a mortalidade é significativamente mais elevada entre homens e mulheres temporariamente empregados quando comparados a empregados permanentes (90).

Os contratos de emprego precário são associados a autoavaliações de problemas de saúde, sofrimento psicológico e consumo de tabaco (91) e, em particular, o emprego temporário está associado a um aumento de mortes por causas relacionadas com o álcool (90).

Não é só a natureza contratual do trabalho a contribuir para as desigualdades em saúde. As condições do trabalho também têm um papel nas questões de desigualdade na saúde e condições laborais adversas podem expor os indivíduos a um conjunto de riscos para a saúde, tendendo a agrupar-se em ocupações de estatuto inferior (69).

A cultura no local de trabalho é um fator mediador tanto na redução como no aumento do *stress* e, em particular, há algumas características do local de trabalho (p. ex., elevado ritmo e baixas competências discricionárias, bem como situações de *bullying*, discriminação e violência sobre os empregados) relacionadas com riscos mais elevados de *stress* e perturbações mentais comuns (92).

No seu estudo, Hämmig et al. (93) tentaram investigar a relação entre as condições laborais e as desigualdades na saúde e concluíram haver evidentes gradientes sociais para quase todas as condições laborais adversas e consequências a nível de problemas de saúde. Em particular, os seus resultados mostraram que enquanto as sobrecargas físicas e outras características das funções da classe operária típica eram mais comuns entre as classes inferiores, a maioria das exigências psicossociais do trabalho e dos recursos da função eram mais prevalentes nas classes superiores. Além disso, o estudo indicava que os trabalhadores nas classes inferiores (com menor estatuto educacional e ocupacional), eram mais propensos a autoavaliações de problemas de saúde, a funcionamento físico limitado e a absentismo prolongado por doença, mas ao mesmo tempo eram menos propensos a experienciar sensações de aumento de *stress* e sintomas de *burnout*, verificando-se aqui um gradiente de saúde invertido (93).

#### 1.1.11 Fatores de risco

Num contexto de saúde pública, a saúde da população é entendida como resultando da interação de um conjunto de fatores que estão além do indivíduo. Um fator é um evento, uma característica ou uma entidade definida que leva a uma alteração numa condição de saúde ou num resultado definido. Um papel de causalidade está geralmente implicado e é habitualmente sinónimo de variável independente.

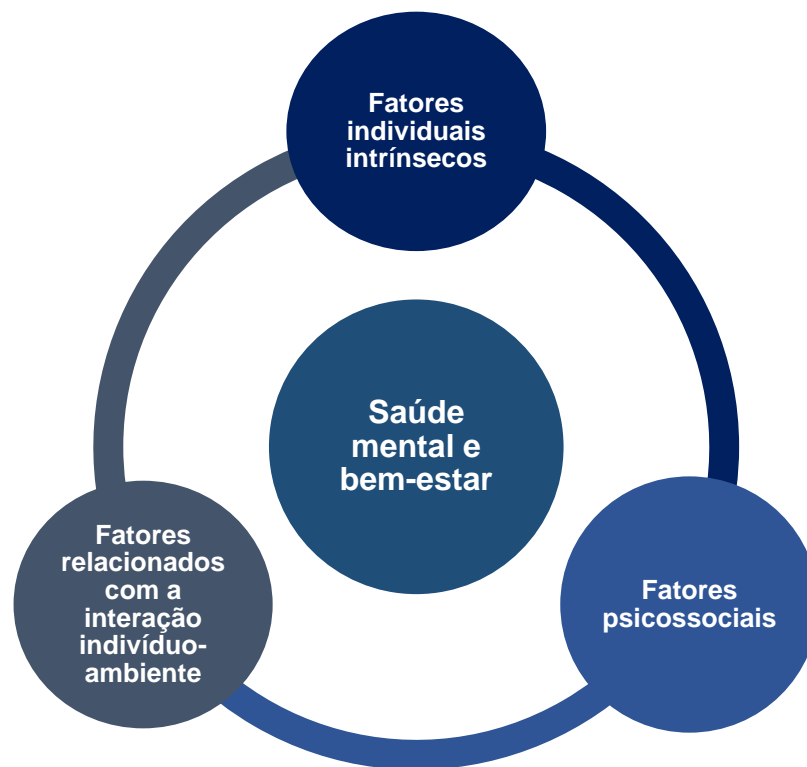
Há diferentes domínios a ter em consideração associados à produção de fatores de risco. Um fator de risco está relacionado de forma causal e probabilística com uma alteração no risco de um processo de saúde, resultado ou condição e o efeito pode ser prevenido (p. ex., sedentarismo, obesidade, tabagismo, colesterol sérico, contraceptivos orais, para a doença coronária). A natureza causal da relação é estabelecida na base de

evidência científica (investigação epidemiológica) e de inferência causal. Se a relação é não causal, o fator é um marcador de risco, um atributo inevitável, cujo efeito encontra-se fora da possibilidade de controlo (p. ex., sexo e grupo étnico, para doença coronária). Kraemer et al. (86) distinguem, entre os fatores de risco, aqueles que variam espontaneamente num sujeito ao longo do tempo, e que podem ser definidos como fatores de risco variáveis, e aqueles cuja alteração não se pode demonstrar e que, conseqüentemente, podem ser definidos como marcadores fixos (p. ex., sexo, etnicidade, ano do nascimento, etc.). Também tem sido proposta a categorização dos fatores de risco modificáveis e manipuláveis como fatores de risco causais; ao passo que os fatores de risco que não podem ser modificados por intervenção ou para os quais não tenha sido demonstrado que a modificação conduza a uma alteração nas conseqüências, são considerados marcadores variáveis (94) (95).

Em particular, no que se refere à saúde mental e ao bem-estar, há fatores contributivos denominados determinantes que funcionam conjuntamente a favor ou contra determinado estado de saúde mental de um indivíduo em particular (82). Deste modo, pode-se considerar que são fatores de risco os determinantes que funcionam contra o estado de saúde mental do indivíduo.

Fatores múltiplos de risco, a ausência de fatores de proteção e a interrelação de risco e situações de proteção geram uma predisposição nos indivíduos para passarem de uma condição mentalmente saudável para uma vulnerabilidade aumentada, o que conduz a um problema mental que, em última análise, pode acabar numa perturbação (96).

Fatores de risco genéricos relacionados com a saúde mental e o bem-estar estão presentes em diferentes níveis, tanto de um modo mais intrínseco ao indivíduo e de acordo com a sua vontade, as suas escolhas e o seu comportamento, como de um modo extrínseco influenciado por fatores ambientais e circunstâncias económicas e sociais que estão relacionadas com questões macroscópicas como a pobreza, a guerra e a iniquidade (25), o que se exemplifica na Figura 6.



**Figura 6.** Fatores que contribuem para a saúde mental e o bem-estar. Adaptado de OMS (92).

#### 1.1.11.1 Fatores de risco individuais intrínsecos

Como já discutido, os fatores de risco podem ser produzidos e apresentados em diferentes níveis ou camadas, de um nível microscópico a um nível macroscópico, passando por um nível intermédio. Assim, os fatores de risco individuais constituem uma microquestão, na medida em que têm uma origem intrínseca para o indivíduo. Apesar de intrínsecos, estes riscos podem ter origem em comportamentos e atributos ou em fatores genéticos e biológicos, como será apontado a seguir.

Alguns dos riscos relacionados com as características e atributos pessoais do indivíduo são (25) (96) (97):

- Baixa autoestima;
- Imaturidade cognitiva/emocional;
- Dificuldades de comunicação;

- Incompetência social;
- Imaturidade e descontrolo emocionais;
- Deficientes capacidades e hábitos de trabalho.

Além disto, há fatores de risco intrínsecos que podem ocorrer por vontade própria ou estão relacionados com comportamentos individuais, tais como (25) (96) (97):

- Abuso de substâncias;
- Défices de atenção;
- Dificuldades de leitura.

O estado de saúde mental do indivíduo pode ser influenciado por fatores biológicos e hereditários, que podem determinar um risco para problemas de saúde mental ao longo da vida. Alguns desses fatores podem ser (25) (96) (97):

- Sexo;
- Idade;
- Doença;
- Desequilíbrio neuroquímico;
- Insónia crónica;
- Dor crónica;
- Doença mental dos pais;
- Abuso de substâncias durante a gravidez;
- Complicações perinatais;
- Distúrbios sensoriais ou deficiências orgânicas.

### 1.1.11.2 Fatores psicossociais de risco

O ambiente psicossocial é um contexto importante de socialização e desenvolvimento pessoal. Embora os fatores de risco relacionados com o ambiente psicossocial possam ser analisados de acordo com diferentes domínios da vida dos indivíduos ou de acordo com algumas condições sociais que possam determinar maior exposição a fatores de risco (p. ex., baixa classe social, desvantagem social, solidão, luto, conflito familiar ou desorganização familiar, acontecimentos de vida *stressantes*) (25) (97), nesta investigação o foco será, sobretudo, nos aspetos do ambiente laboral adverso que provocam *stress* e prejudicam a saúde mental.

Uma grande parte do tempo na vida dos indivíduos é passada no local de trabalho e, devido à organização contemporânea do trabalho, o ambiente de trabalho tende a ser experienciado pelos empregados como *stressante* e psicologicamente exigente (98).

Uma exposição contínua a fatores de *stress* no local de trabalho tem implicações sérias tanto na saúde física como na saúde mental e o *stress* relacionado com o trabalho é determinado pelos diferentes riscos a que os empregados são expostos durante a sua atividade e no seu ambiente laboral. Neste sentido, é importante mencionar alguns aspetos que integram a noção de exigências laborais e que podem constituir um risco para a saúde dos empregados relacionada com a conceção das tarefas (*job design*), os fatores de equipa/grupo, os fatores organizacionais e o conflito trabalho-família.

Segundo Cox et al. (99), os riscos psicossociais podem ser definidos como “os aspetos da conceção das tarefas e da organização e gestão do trabalho, bem como os seus contextos sociais e ambientais, com o potencial para causar dano psicológico, social ou físico”.

Relativamente a este conteúdo do trabalho, há vários aspetos que são experienciados como *stressantes* e que, por outro lado, têm potencial para causar dano. Entre eles, incluem-se o baixo valor do trabalho, o pouco uso de competências, a falta de variedade de tarefas e a repetibilidade no trabalho, a incerteza, a falta de oportunidades de aprendizagem, as elevadas exigências de atenção, as exigências conflitantes e os recursos insuficientes (Kasl, 1992, citado em (99)).

### 1.1.11.3 Carga de trabalho e ritmo de trabalho

A carga de trabalho e o ritmo de trabalho são indicadores importantes relativamente a riscos psicossociais do trabalho e são especialmente focados pelo modelo de exigência-controlo como importantes exigências do trabalho. Há duas dimensões associadas com o conceito de carga de trabalho: a primeira é a carga de trabalho quantitativa, que se refere à quantidade de trabalho a ser feita, a segunda está relacionada com a dificuldade desse trabalho (100).

Quando a quantidade de trabalho não se encaixa com os apertados prazos finais, há uma situação de sobrecarga. Consequentemente, essa situação aumenta os níveis de *stress*, em particular quando combinada com um baixo controlo do empregado. A sobrecarga pode levar a trabalhar bastantes horas de modo a lidar com a situação e, embora isso possa oferecer uma solução a curto prazo para o problema imediato, bastantes horas de trabalho podem tornar-se problemáticas (99). Podem contribuir para problemas de saúde e estão geralmente associadas a baixa satisfação, se bem que o traço de voluntariado tem de ser tido em consideração: para o bem-estar importa se os empregados fazem horas extraordinárias voluntária ou involuntariamente, e se foram recompensados ou não voluntariamente (101). Assim, aqueles que trabalham mais do que o horário normal, de um modo voluntário, podem não sentir-se fatigados mas, em vez disso, satisfeitos, mesmo quando não recebem recompensas pelas horas extraordinárias de trabalho (101).

De acordo com Dahlgren et al. (102), uma semana com maior carga de trabalho e *stress* afeta marcadores fisiológicos de *stress* como o cortisol, além de causar um aumento de sonolência e de problemas de relaxamento na hora de deitar, uma menor duração do sono e mais horas de trabalho, quando comparada com uma semana de trabalho com menos *stress*.

Além dos problemas associados com a sobrecarga de trabalho, há evidência de que os indivíduos que trabalham à noite e que alteram o horário de trabalho para o turno da noite são mais propensos a determinados problemas (i.e., fadiga, bem-estar mental diminuído e insatisfação com o emprego) (103).



#### 1.1.11.4 Desenvolvimento na carreira

A falta de expectativas relativamente ao desenvolvimento na carreira pode ser uma fonte de *stress*, em particular nas organizações que enfatizam a relação entre o desenvolvimento na carreira e a competência ou valor (100).

Funcionando com base em processos de flexibilidade, o atual mercado laboral promove um cenário de instabilidade com consequências na saúde do empregado. Assim, a insegurança no emprego através de processos de *downsizing* (pelos quais uma organização reduz a sua força laboral através de redução natural, reforma antecipada ou redundância) (104) está associada a sofrimento psicológico (104) (105), alterações de comportamentos saudáveis (106) (107) e mortes causadas por problemas cardiovasculares (108). De acordo com Virtanen et al. (109), a perceção de baixa segurança no emprego também foi associada a uma autoavaliação de problemas de saúde e a elevados níveis de sofrimento psicológico em ambos os géneros, bem como a doença crónica nas mulheres.

#### 1.1.11.5 Papel na organização

O papel na organização é considerado um risco psicossocial, sobretudo pelos seguintes fatores: (a) ambiguidade de papel; (b) conflito de papéis; (c) insuficiência no desempenho do papel; (d) sobrecarga de papel; e (e) responsabilidade por outras pessoas (99) (100). No entanto, a ambiguidade de papel e o conflito de papéis são os principais fatores que têm sido examinados relativamente ao papel no emprego.

A ambiguidade de papel está relacionada com uma confusão geral acerca de objetivos apropriados, uma falta de clareza relativamente às expectativas e uma incerteza geral acerca do âmbito e das responsabilidades da função no trabalho, ocorrendo quando a organização não fornece informação necessária ao empregado acerca do seu papel no contexto laboral (110). De acordo com as conclusões de uma meta-análise dos agentes de *stress* no trabalho e o desempenho das funções, a ambiguidade de papel mantinha uma relação negativa com o desempenho mesmo na ausência de conflito de papéis e de sobrecarga de papel (111).

A falta de *feedback* sobre o desempenho do trabalhador também causa incerteza e pode constituir uma fonte de *stress* (112).

Por outro lado, o conflito de papéis reflete uma situação em que o indivíduo tem um papel no seu trabalho que vai contra os seus princípios e valores. Também pode ser relacionado com uma incompatibilidade de papéis, potenciada pela atribuição de vários papéis e tarefas a uma pessoa (i.e., sobrecarga de papel) (99) (100). A mais frequente manifestação disto dá-se quando uma pessoa se encontra entre dois grupos de pessoas que lhe exigem diferentes tipos de comportamento ou esperam que o seu trabalho acarrete diferentes funções (110). Deste modo, uma situação de conflito de papéis pode levar a perturbações de saúde mental como o *burnout* (112) (113) (114).

Analisando a influência de alguns riscos psicossociais no desenvolvimento do *burnout* e observando a influência deste fenómeno no absentismo dos empregados, Olivares-Faúndez et al. (115) concluíram numa amostra de prestadores de cuidados de saúde (n=142) que a ambiguidade de papel e o conflito de papéis influenciam o *burnout*, e que o conflito de papéis está significativamente relacionado com o *burnout* no sentido esperado, apesar de o melhor preditor da síndrome ser o conflito de papéis. No entanto, o estudo pôde concluir uma associação do *burnout* com o absentismo dos empregados (115).

Além dos problemas associados com a ambiguidade de papel e o conflito de papéis, a responsabilidade por outras pessoas também tem um papel importante como risco psicossocial, porque algumas ocupações, em particular as que são consideradas ocupações mais altruístas, como os serviços de prestação de cuidados de saúde e a educação (112), tendem a provocar maior sofrimento psicológico pelo peso da responsabilidade associado à profissão e pela falta de reciprocidade, o que pode levar a situações bastante *stressantes*.

Não são apenas o conflito de papéis e, em particular, as situações de sobrecarga de trabalho, que estão associados com o *stress* e a pressão psicológica. Mesmo que os empregados não experienciem uma sobrecarga excessiva e uma ampla variedade de papéis, uma incapacidade da organização de utilizar, em pleno, as capacidades e as formações dos indivíduos, pode diminuir a motivação e a satisfação no trabalho, além de aumentar os sentimentos de *stress* (Bhalla et al., 1991, citado em (99)).

### 1.1.11.6 Relações interpessoais no trabalho

Uma das funções do trabalho é a de proporcionar contactos sociais, pelo que o local de trabalho é um contexto fulcral no desenvolvimento das relações interpessoais. Apesar de as boas relações entre os trabalhadores serem essenciais tanto para a saúde do indivíduo como da organização (99) (116) (117), as fracas relações interpessoais, no trabalho, têm que ver com isolamento social ou físico, fracas relações com os superiores, conflito interpessoal, falta de apoio social, *bullying* e assédio sexual, podendo ser uma fonte de *stress* e estar relacionadas tanto com queixas psicológicas como com queixas físicas (ver (74) (75) (76) (77)). Milner et al. (118) concluíram, de acordo com um inquérito realizado numa amostra australiana de trabalhadores (n=1000) que os preditores de *bullying* no local de trabalho eram o baixo apoio do supervisor, elevadas exigências da função e elevada insegurança da função. Os empregados expostos a *bullying* no local de trabalho ou a violência do público também apresentavam, de acordo com os seus autorrelatos, taxas mais elevadas de problemas de saúde, de ausência prolongada por doença e de acidentes de trabalho (119).

Stoetzer et al. (120) recolheram dados em dois momentos com uma separação de três anos de uma coorte sueca representativa (n=4040) de modo a investigar se o baixo suporte social, o conflito grave e a exclusão por superiores ou colegas de trabalho podem ser determinantes para a depressão. Os resultados do estudo apoiaram a conclusão de que relações interpessoais problemáticas no trabalho podem ser determinantes de depressão. Os *odds-ratios (OR)*, ajustados para possíveis variáveis de confundimento e para depressão na *baseline*, revelaram efeitos significativos para as quatro exposições a depressão (OR ajustados, baixo apoio social 1.5 IC 95% 1.1-2.0; conflitos sérios 1.4 IC 95% 1.1-1.9; exclusão pelos superiores 1.6 IC 95% 1.2-2.1; e exclusão pelos colegas de trabalho 1.7 IC 95% 1.2-2.3).

Além da associação com a depressão, há alguma evidência de associação de conflitos interpessoais no trabalho com um risco aumentado de insónia. Sakurai et al. (121) investigaram se o conflito interpessoal no local de trabalho está associado à insónia e se a relação entre conflito interpessoal no trabalho e a insónia difere consoante os grupos de emprego (os que têm emprego permanente e os que estão em duas formas de emprego temporário: contratação direta e agências de trabalho temporário). Concluíram que o

conflito interpessoal no trabalho estava significativamente associado a um risco aumentado de insónia. No entanto, a relação entre conflito interpessoal no trabalho e o risco de insónia era significativamente mais forte para trabalhadores temporários do que para empregados permanentes. Consequentemente, uma exposição frequente a conflitos interpessoais no trabalho pode aumentar o risco de insónia, em particular para trabalhadores temporários.

No trabalho e fora dele, o suporte social é estabelecido pela literatura como uma variável com um papel moderador no caso de sofrimento psicológico autorrelatado (122) bem como face à exposição a riscos psicossociais. Também constitui um protetor dos efeitos das exigências do trabalho sobre a saúde mental (123) (124), podendo até suplantar o tabagismo como um mecanismo dos trabalhadores para lidarem com as elevadas exigências do trabalho (125). Consequentemente, uma falta de suporte social pode ser considerada uma fonte importante de *stress* e um elevado risco psicossocial para a saúde dos empregados (126) e está particularmente associada ao *burnout* (112).

#### 1.1.11.7 Interface trabalho-casa

Na sequência das questões de conflito de papéis, a interface trabalho-casa constitui um aspeto importante face à dificuldade em gerir os diferentes papéis no local de trabalho e, fora dele, na vida privada. De acordo com Cox et al. (99), este conceito não se restringe à vida doméstica, mas cobre um domínio mais amplo da vida fora do trabalho.

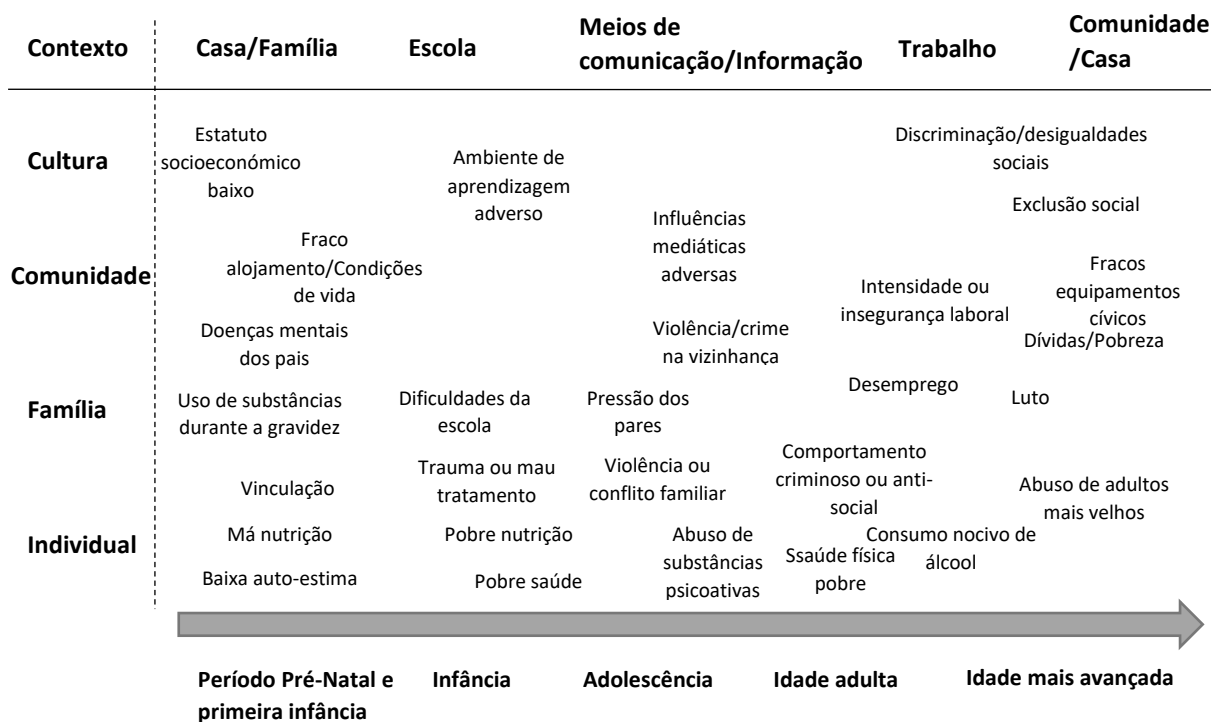
O conflito trabalho-família tem um efeito prejudicial sobre o desempenho no trabalho (111). Entre os trabalhadores, os agentes de *stress* no trabalho podem alastrar para a vida familiar e os agentes de *stress* em casa podem interferir no trabalho. Entre as condições ou os fatores, associados ao conflito trabalho-casa, particularmente os fatores em casa que podem interferir aumentando a tensão no trabalho, temos, por exemplo: sofrimento conjugal, abuso e violência, crianças ou pessoas mais velhas dependentes, em particular aqueles com perturbações cognitivas ou comportamentais ou pressões financeiras (127).

As consequências dos agentes de *stress* em ambos os domínios podem contribuir para problemas de saúde mental. Um estudo de Fan et al. (128) concluiu que os fatores

psicológicos no trabalho estavam significativa e independentemente associados a sintomas maiores de depressão e ansiedade após controlar a idade, o salário, o género e a etnia.

### 1.1.12. Fatores de risco na interação indivíduo-ambiente

Alguns dos riscos para a saúde mental na interação indivíduo-ambiente são os referidos na Figura 7. Uma das formas destes riscos interagirem é com a idade e ao longo



**Figura 7.** Panorama esquemático dos riscos para a saúde mental ao longo da vida. Adaptado e traduzido a partir de OMS (89)

do ciclo de vida. As exposições ao risco em etapas formativas de vida podem, mais tarde, afetar o bem-estar mental. (129)

Indivíduos com uma infância e adolescência vividas em segurança e com suporte estão mais preparados para, mais tarde, na vida adulta, terem um maior controlo emocional e aptidões sociais. Estão também mais equipados para lidar com um conjunto de escolhas e de desafios que inevitavelmente irão surgir na vida adulta, nomeadamente, em ambientes de trabalho ou em situações de desemprego (97).

### 1.1.13. Fatores de proteção

Como já mencionado, há alguns fatores ou determinantes que, em diferentes níveis, mas agindo em interconexão, podem contribuir positiva ou negativamente para a saúde mental do indivíduo (53).

Focando-nos nos fatores que podem contribuir para uma saúde mental positiva, os fatores de proteção têm aqui um papel relevante. Neste sentido, é importante apresentar uma definição do conceito. De acordo com o *National Research Council and Institute of Medicine* (2009), fator de proteção é uma “característica ao nível biológico, psicológico, familiar ou comunitário (incluindo pares e cultura) que está associada a uma menor probabilidade de consequências problemáticas ou que reduz o impacto negativo de um factor de risco nas consequências problemáticas”.

Numa definição mais ampla, também a OMS (31) apresentou o conceito de fatores de proteção como os fatores que contribuem para modificar, melhorar ou alterar a resposta de uma pessoa a alguns riscos ambientais que predispõem para um resultado desajustado. Em suma, os fatores de proteção referem-se a condições que melhoram a resistência das pessoas a fatores de risco e a perturbações (31).

#### 1.1.13.1 Fatores de proteção intrínsecos do indivíduo

De um modo geral, os fatores de proteção do indivíduo são idênticos aos traços da saúde mental positiva, como a autoestima, a resiliência emocional, o pensamento positivo, as aptidões sociais e as aptidões para a resolução de problemas, as aptidões de gestão de *stress* e de mestria. Por esta razão, as intervenções de prevenção com o objetivo de fortalecer os fatores de proteção sobrepõem-se, em grande parte, às intervenções de promoção da saúde mental (31).

### 1.1.14 Promoção da saúde mental e prevenção da doença mental no local de trabalho

A evidência tem vindo a demonstrar que em 40% dos casos, o motivo de ausência ao trabalho é devido a doença e que 22.3% dos trabalhadores têm problemas de saúde mental (15.4% se excluída a dependência de álcool e drogas), sendo que 1 em 5

trabalhadores têm depressão, ansiedade ou outro problema de saúde mental (130). Dados da OMS indicam que 6% da carga de todas as doenças em termos de anos de vida (DALYs – Disability-adjusted life years) incapacitantes na Europa são causadas por depressão. As perturbações psiquiátricas mais frequentes na população portuguesa são a ansiedade (16,5 por cento) e a depressão (7,9 por cento), segundo os primeiros resultados do estudo epidemiológico nacional de saúde mental divulgados em Lisboa a 23 de março de 2010. De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, *os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais* (6).

Inquéritos europeus sugerem que 25% dos cidadãos europeus experienciarão um problema de saúde mental durante a vida e que aproximadamente 10% dos problemas de saúde e incapacidades podem ser associados a perturbações mentais e emocionais (*European Network for Workplace Health Promotion*) (131). De acordo com as conclusões do *5th European Working Condition Survey*, um em cada cinco trabalhadores europeus relataram um fraco bem-estar mental (132). Em princípio, o local de trabalho é um bom contexto para promover uma boa saúde mental, porque deveria ajudar a proteger o bem-estar e a saúde mental e física do empregado. Por outro lado, o local de trabalho também contribui para o desenvolvimento da doença mental através de más condições de trabalho e riscos na organização do trabalho. Em sentido contrário, o emprego pode fornecer objetivos, recursos financeiros e identidade individual o que, como tem sido demonstrado, promove o aumento do bem-estar mental (133). Há um reconhecimento crescente na União Europeia, e mesmo globalmente, do impacto económico e social de uma fraca saúde mental e, por outro lado, da relativa importância da promoção do bem-estar mental e da prevenção do desencadear de perturbações mentais na sociedade (25). De acordo com o Livro Verde da Comissão Europeia (2005), estima-se que mais de 27% dos europeus adultos experienciam pelo menos uma forma de deficiente saúde mental durante um ano e que, por volta do ano 2020, espera-se que a depressão seja a causa mais frequente de doença no mundo desenvolvido (134). O local de trabalho tem sido identificado como um dos mais importantes contextos sociais para tratar dos problemas de saúde mental e promover a saúde mental e o bem-estar (22) (135) (136) (137). Pode fornecer um contexto social para

desenvolver um ambiente mentalmente saudável e apoiante a todos os trabalhadores. Em geral, a finalidade da promoção da saúde mental vai além da prevenção de problemas de saúde mental na medida em que tem uma série mais extensa de benefícios económicos, sociais e para a saúde. A promoção da saúde mental é considerada um processo de reforço de fatores de proteção que apoiam e contribuem para uma boa saúde mental, a par de identificarem e abordarem fatores de risco fulcrais (138).

É importante notar que a promoção efetiva da saúde mental no local de trabalho deveria ser integrada numa estratégia geral para melhorar o bem-estar dos trabalhadores no local de trabalho (139). Para promover um programa sustentável, é importante implementar estratégias em quatro áreas fulcrais: estilo de vida, saúde mental, saúde física e envolvimento. Adicionalmente, um relatório do *National Institute for Health and Clinical Excellence* sugeriu que as perdas de produtividade são resultado de *stress* injustificado e deficiente saúde mental e que estes podiam diminuir em 30% com a implementação de iniciativas de promoção da saúde mental no local de trabalho (135).

Ao nível organizacional, um local de trabalho psicologicamente saudável, ou seja, que tenha um foco no equilíbrio trabalho-vida, saúde e segurança, crescimento e desenvolvimento dos empregados, reconhecimento dos empregados, envolvimento dos empregados e comunicação, foi considerado como o adequado para facilitar a saúde e o bem-estar entre os trabalhadores (140). A abordagem *bottom-up* assegura que o empregado faça parte do processo. O envolvimento do empregado assegura que um programa satisfaça as necessidades do trabalhador, atinja o resultado desejado e evolua ao mesmo tempo que os empregados fornecem *feedback* ao processo (141). É preferível visar a ocorrência de sinergias de bem-estar positivo quando as práticas administrativas têm um impacte positivo em múltiplas dimensões do bem-estar do empregado, ou seja, bem-estar social e bem-estar psicológico (140).

#### 1.1.15 Impacte na saúde mental

Nesta tese, “impacte” é em grande parte utilizado no sentido de potencial efeito, e não formalmente no âmbito de avaliação de impacte na saúde (142) (143) (144). Optou-se por se usar “impacte” e não “impacto” pelas razões abaixo apontadas.



Na Língua Inglesa, existe apenas uma expressão “*impact*” que pode ter dois significados: “*the action of one object coming forcibly into contact with another*” ou “*a marked effect or influence*” (In Oxford English Dictionary OED. Powered by Oxford. <https://en.oxforddictionaries.com/definition/impact> [consult. 2018-06-01 12:49:00]).

Relativamente à Língua Portuguesa, há duas palavras distintas, respetivamente, “*impacto*” e “*impacte*”. Embora frequentemente usados como sinónimos, podem refletir dois significados diferentes. A palavra “*Impacto*” significa “*choque de dois ou mais corpos, embate, encontro*” (In Vocabulário Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult. 2018-06-01 12:39:14]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/vocabulario/impacto>), enquanto a palavra “*impacte*” é sinónimo de “*efeito forte provocado por algo ou alguém*” (In Vocabulário Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult. 2018-06-01 12:37:42]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/vocabulario/impacte>). Conforme se depreende, a expressão “*impacte*” está mais próxima do significado de “*marked effect or influence*” e “*impacto*” assemelha-se mais a “*action of one object coming forcibly into contact with another*”. Em suma, os dois significados são expressos pela mesma palavra na Língua Inglesa e podem ser expressos por duas palavras diferentes na Língua Portuguesa.

Nesta tese, optou-se por se utilizar a palavra “*impacte*”.

#### 1.1.16 Organização contemporânea do trabalho e emprego

As alterações no tradicional padrão do trabalho no final do século XX, potenciadas pelo advento da globalização, pelo estabelecimento de um consenso neoliberal nas economias desenvolvidas e através do desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, implicaram novos desafios e riscos (145) (146). De acordo com a perspetiva sociológica introduzida por Beck (147), as transformações ocorridas nas sociedades ocidentais contemporâneas ocorreram com um paradigma de incerteza que tem sido acompanhado pela produção social de riscos em todos os domínios. Deste modo, a tradicional organização padronizada do trabalho baseada numa lógica de previsibilidade e segurança faz agora parte do passado, e a despadronização do trabalho (traduzida na

emergência de formas flexíveis de trabalho) deu origem a um amplo conjunto de exigências laborais e riscos psicossociais.

A organização contemporânea do trabalho sofreu uma reconfiguração nos padrões de emprego, através de processos de instabilidade e desinstitucionalização bem como de uma informalização das relações de trabalho e emprego (Galini, 2000, citado em Kovács (148)).

A proliferação de novas formas flexíveis de trabalho, tais como contratos a termo fixo, trabalho temporário, autoemprego, trabalho a tempo parcial, trabalho em casa, teletrabalho, *outsourcing* e trabalho à chamada (*work on call*) (148) (13) contribuiu para uma precarização do trabalho que é considerada como um determinante social afetando a saúde de trabalhadores, famílias e comunidades (149).

Embora a tendência para a flexibilidade da organização contemporânea do trabalho esteja associada à noção de emprego precário, há que mencionar uma diferença concetual entre as formas flexíveis de trabalho ou planos ‘não padronizados’ de trabalho e emprego precário.

O conceito de planos não padronizados de trabalho é mais simplista e objetivo, na medida em que se refere a empregos que não cumprem os padrões de um emprego a tempo inteiro, efetivo, permanente e com subsídios (150). Por outro lado, o emprego precário é um conceito mais complexo e pode ser considerado um construto multidimensional definido de acordo com uma dimensão objetiva baseada na relação contratual (temporalidade, planos não permanentes, ausência de benefícios e proteção social, ausência de poder e baixo rendimento), e com uma dimensão subjetiva ligada a tensões, inseguranças, contradições e inconsistências no trabalho de acordo com a percepção que os indivíduos têm da sua situação laboral (150) (151).

Historicamente, os termos *white collar* e *blue collar* são classificações ocupacionais que distinguem dois tipos de trabalhadores, aqueles que realizam tarefas profissionais e os que executam trabalho manual. Os trabalhadores *white-collar* tipicamente vestiam-se com camisa branca, trabalhavam nos escritórios, ganhavam salários e tinham um nível educacional mais elevado. Os trabalhadores *blue-collar* usavam uniformes, geralmente azuis, tinham ocupações comerciais e eram habitualmente pagos à hora.

Há outras diferenças entre estes dois tipos de trabalhadores. Partindo do princípio que a satisfação no emprego tem um efeito minimizador nos comportamentos contraprodutivos, existem diferenças entre trabalhadores *white collars* e *blue collars*. Tradicionalmente, os primeiros têm um grau elevado de satisfação no emprego, graus mínimos de conflitos interpessoais e de comportamentos contraprodutivos. Nos segundos, encontram-se níveis reduzidos de satisfação no emprego e graus elevados de conflitos interpessoais e de comportamentos contraprodutivos (152).

Um estudo (153) examinou o grau em que os trabalhadores *blue-collar* e os *white-collar* concetualizam de forma diferente várias facetas do emprego, nomeadamente, o trabalho propriamente dito, colegas, supervisores, e o pagamento. Os resultados revelaram que os *white-collars* faziam uma avaliação mais diferenciada e multidimensional destas facetas comparativamente aos *blue-collars*.

Além disso, a cor do colarinho (*collar*) foi demonstrada como uma variável moderadora em medidas de *stress* laboral e de tensão (*strain*) no emprego, com diferenças significativas no conflito consoante a função, segurança no trabalho, sobrecarga laboral, e utilização de aptidões no que se refere às diferentes tensões (154).

Atualmente, os estudos dos ambientes laborais e dos trabalhadores tornaram-se mais complexos e, além do *stress* laboral, têm estado em foco novas variáveis, tais como presentismo, absentismo, controlo e conciliação trabalho-família.

Estes estudos têm como finalidade identificar determinantes múltiplos de saúde e bem-estar, assim como de sofrimento psicológico e comorbilidade física, com vista ao desenho e implementação de medidas, programas e políticas no local de trabalho que, necessariamente, envolvem diversos setores e profissionais.

As políticas e medidas relacionadas com os diferentes setores, nomeadamente com o emprego, têm impacte potencial na saúde, na saúde mental (155) e no bem-estar dos indivíduos, nos próprios sistemas de saúde e na equidade em saúde. De facto, existe evidência de que a qualidade na organização do trabalho e os fatores psicossociais associados, nomeadamente aqueles ligados ao *stress*, influenciam o risco de doença física e mental e contribuem para o gradiente entre doença e saúde/*ill health* (8). O impacte do trabalho e do emprego flexível, entendido como trabalho com contratos de duração

determinada, do trabalho temporário, trabalho independente e trabalho a tempo parcial, na saúde mental e bem-estar, na equidade em saúde e na natalidade, tem sido objeto de investigação (156) (157) (158) (159).

Também as mudanças e transições entre diferentes formas de emprego e o desemprego, para ambos os géneros, homem e mulher, têm efeitos na saúde mental (160) (161). Uma estimativa conservadora do custo anual do *stress* relacionado com o trabalho na UE (referente ainda a 15 Estados-Membros) rondava os 20 biliões de euros (162) (163).

Há diferentes abordagens para medir o *stress* no trabalho, entre elas, a combinação de dois modelos (163) (164), de exigência-controlo de Karasek et al. (165) e de esforço-recompensa de Siegrist (166). Foi também desenvolvido um modelo estrutural das relações entre emprego e saúde (167), baseado no modelo DPSEEA (168), concebido para descrever associações entre ambiente e saúde, posteriormente adaptado por Fehr (169), que integrou mais elementos. No modelo de Abrahams (167), torna-se mais clara a relação entre a saúde - traduzida por uma série de indicadores de mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar - e as políticas de emprego, os tipos e as condições de trabalho, o ambiente psicossocial e familiar, a exposição humana a múltiplos fatores (incluindo a satisfação, o controlo e a pressão no trabalho), o sistema de saúde, o género, e as características sociodemográficas e biológicas da população humana envolvida.

Como forma de obter ganhos em saúde, é necessário encontrar mecanismos que melhorem a qualidade da vida laboral, bem como o equilíbrio entre esta e a vida familiar (170) (171). A este respeito, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) apresenta, num dos seus relatórios, dados sobre as políticas de conciliação da atividade profissional e da vida familiar em alguns países, entre os quais, Portugal (172). A sua análise evidencia que os mercados laborais não fornecem resposta suficientemente adequada, para permitir aos indivíduos a capacidade de participação plena no mercado de trabalho, gerando rendimentos e alcançando a realização pessoal, nem proporcionam as condições necessárias para ajudar as famílias nos cuidados e educação dos filhos, podendo levar, inclusivamente, à decisão de ter filhos numa idade mais avançada e à redução nas taxas de natalidade.

Por outro lado, a Comissão da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre os determinantes sociais da saúde (CSDH) condena as condições de trabalho desiguais, pouco saudáveis e perigosas, defendendo e recomendando equidade nas condições de emprego que conduzam a bem-estar, segurança, justiça social e equilíbrio saudável entre o trabalho e outros ambientes de vida, e advogando a proteção do trabalhador e medidas de redução do *stress* e de outras exposições nocivas (69).

A literatura tem demonstrado que tanto os homens como as mulheres expostas a trabalhos múltiplos e exigências da vida familiar apresentam um risco elevado de absentismo por doença devido a perturbações na saúde mental (173). Por conseguinte, as políticas e medidas relacionadas com os diferentes setores, nomeadamente com o emprego, têm impacte potencial na saúde, na saúde mental (155) e no bem-estar dos indivíduos.

De acordo com a evidência científica, fatores associados ao emprego, organização do trabalho, ambiente de trabalho e conciliação trabalho-família têm impacte na saúde mental, na decisão de ter filhos e no bem-estar dos trabalhadores. Neste sentido, a identificação dos preditores de absentismo prolongado (174) nomeadamente por causa psiquiátrica, e dos indicadores de presentismo, diminuição da qualidade de trabalho e produtividade (175), relacionados com problemas de saúde e ambiente psicossocial no trabalho, bem como as intervenções conducentes à melhoria das condições psicossociais no local de trabalho, com impacte na redução dos níveis de absentismo (176) por causa psiquiátrica e de presentismo (130) têm sido áreas de investigação prioritárias.

#### 1.1.17 Suporte social no local de trabalho

A maior parte das pessoas passa uma grande parte da vida no local de trabalho e com os colegas do emprego. Há uma evidência crescente de que o suporte social é um fator importante para a saúde e o bem-estar (177). Tanto investigadores como clínicos têm investigado os mecanismos subjacentes ao suporte social no local de trabalho e as suas ligações respetivas à saúde e ao bem-estar do trabalhador. A investigação sobre o suporte social teve início no princípio dos anos 1970, continuou nos anos 1980 e 1990 e prolonga-se até hoje. Relativamente ao ambiente de trabalho, os indicadores de suporte social em situações de *stress* e de pressão têm sido um foco importante de investigação. Além disso, a investigação sobre suporte social tem vindo a ser alargada para incluir outras variáveis,

por exemplo, saúde, satisfação laboral, produtividade ou intenção de *turnover*. O suporte social é um construto complexo na investigação e na prática na área das ciências sociais e da psicologia. Os elementos-chave são comuns na maioria das definições: o apoio social “(...) deve ser visto como os recursos disponibilizados por outros, assistência no *coping*, um intercâmbio de recursos”, ao contrário da rede social ou integração social, que descreve os aspetos estruturais e quantitativos das relações sociais de uma pessoa; o suporte social, em contraste, caracteriza os aspetos funcional e qualitativo das relações (178) (179) (180).

Os investigadores concordam em que dar e receber apoio social é um processo interativo e que deve ser entendido sob o conceito de reciprocidade, que, por seu lado, se refere ao facto de que dar apoio está positivamente associado com recebê-lo (181) (182). As relações sociais positivas no local de trabalho podem contribuir para uma melhor eficiência laboral bem como um bem-estar aumentado e um sentimento de pertença. Relações frágeis ou abusivas podem causar ineficiência no trabalho, resultando no absentismo e em intenções de saída, bem como impactes negativos na saúde e no bem-estar dos trabalhadores. Nos primeiros resultados do *6<sup>th</sup> European Working Conditions Survey* (EWCS), de 2015, 71% dos trabalhadores referiram sentir-se apoiados pelos colegas e 58% pelas suas chefias (183).

No entanto, é importante notar que estes dados são apenas representativos a nível europeu. No contexto laboral, as origens do suporte social são os colegas de trabalho, os supervisores e a organização em geral; na verdade são a “perceção de suporte pelo colega de trabalho”, a “perceção de suporte pelo supervisor” e a “perceção de suporte pela organização”. O suporte de origem não laboral pode, até certo ponto, ter um impacte na saúde bem como nos indicadores de desempenho (184). Aqui, o suporte é normalmente fornecido de um modo informal por membros da família, amigos e vizinhos, ou, formalmente, por profissionais fora do local de trabalho. A relação entre suporte social e saúde tem sido cuidadosamente examinada ao longo das últimas três décadas e está bem documentada (185). Foi demonstrado que níveis mais baixos de suporte social estão associados a taxas mais elevadas de muitas doenças diferentes: por exemplo, doenças cardiovasculares e cancro. Pensa-se que o suporte social no local de trabalho é um recurso muito importante para lidar eficazmente com o *stress* através da redução de agentes de *stress* e de pressão (182) (183) (184) (185) (186). Um estudo longitudinal sobre suporte

social no local de trabalho conclui que os empregados referindo altos níveis de suporte pelos colegas ao longo de um período de vinte anos tinham menor mortalidade (187); no entanto, o suporte dos supervisores foi considerado como não tendo impacto. Alguns estudos verificaram uma relação positiva entre o suporte social e o bem-estar (188) (189), enquanto outros chegaram a conclusões diferentes (190). De facto, os efeitos referidos também vão na outra direção. Vários estudos implicam uma conexão entre a falta de suporte social e problemas músculo-esqueléticos (191). Aspectos negativos das relações próximas parecem piorar o funcionamento físico, mental e social (192). No entanto, estudos recentes sublinham o papel do suporte social como um mediador relevante com impacto na prevenção de agentes psicossociais de *stress* no local de trabalho e com maior ênfase na melhoria das relações sociais no trabalho, no aumento da eficiência laboral e, em última análise, do bem-estar dos trabalhadores (193).

#### 1.1.18 Absentismo, morbilidade psicológica e comorbilidade

O absentismo é uma ausência temporária, prolongada ou permanente por incapacidade para trabalhar em resultado de doença ou enfermidade. A incapacidade temporária para trabalhar refere-se ao primeiro período do absentismo. Na maioria dos países, este período é limitado às primeiras 52 semanas de incapacidade. Há diferentes classificações dependendo do período de ausência: absentismo de duração muito curta (até 3 dias); de curta duração (até 30 dias); de longa duração (mais de 30 dias) (194). Os dados da OMS indicam que, na Europa, 6% dos custos de todas as doenças em termos de anos de vida de incapacidade (*DALYs – Disability-adjusted life years*) são causados por depressão. Em 28 países europeus, num total de 466 milhões de habitantes, pelo menos 21 milhões sofriam de depressão. O custo anual devido à doença mental, nomeadamente a depressão, foi de 118 mil milhões de euros em 2004, o que corresponde a 253 euros por habitante. A depressão é a doença mental mais cara na Europa, correspondendo a 33% do custo total das perturbações mentais. O custo da depressão corresponde a 1% da Economia Europeia. Relativamente aos dados sobre absentismo, 40% das ausências do trabalho são devidas a doença mental, correspondendo a 70 milhões de dias perdidos por ano e a um custo anual de 8.8 mil milhões de libras (130).

Considerando que as questões de doença mental se tornaram cada vez mais reconhecidas como uma das causas principais de absentismo do trabalho e de reforma antecipada nos países da OCDE, manter uma boa saúde mental no local de trabalho tornou-se crítica, não só para a política governamental como também para a produtividade e competitividade das empresas privadas. O local de trabalho tem um papel duplo na saúde mental dos empregados: pode ser uma fonte de *stress* por causa da cultura, da organização e das exigências do local do trabalho ou pode ser uma fonte de suporte e contribuir para o bem-estar mental geral e para o processo de recuperação da doença mental, se existente. Novos desafios nas condições de trabalho incluem emprego menos estável e mais temporário e cargas de trabalho maiores. Estas mudanças no ambiente de trabalho, bem como a maior insegurança laboral criada pela crise económica global, podem contribuir para um aumento do *stress* no local de trabalho, apesar de a evidência a este respeito ser inconclusiva. O *stress* laboral foi associado a um amplo leque de efeitos adversos nas saúdes mental e física (195). Para os empregadores, há potenciais e consideráveis custos associados ao absentismo por problemas de saúde mental, nomeadamente, uma produtividade reduzida no trabalho, substituição do pessoal ausente, impacte na produtividade e na moral dos colegas e treino e recrutamento de novo pessoal (196). O ónus das Perturbações Mentais Comuns (PMCs) é pouco reconhecido nos países em desenvolvimento, apesar da forte evidência relativa ao seu impacte social (5). Espera-se que, em 2020, a depressão seja a segunda perturbação mais comum no mundo, atrás da cardiopatia isquémica, e que corresponda a 15% do total de custos com a carga global de doença (31). Apesar disto, vários estudos populacionais em países desenvolvidos demonstraram que as PMCs são pouco reconhecidas e tratadas. Num estudo de coorte, com 6 239 empregados selecionados aleatoriamente de três grandes empresas públicas nos Estados Unidos da América (EUA), observou-se o impacte da depressão no desempenho laboral. Os participantes responderam a questionários relativos à saúde e satisfação com os cuidados de saúde entre 1993 e 1995 (197). Entre os que referiram sintomas de depressão, era maior a probabilidade de serem mulheres, mais jovens, com menos habilitações literárias e de apresentarem comorbilidades. Este estudo realça a associação entre as PMCs e o absentismo. A probabilidade de absentismo por razões de saúde era duas vezes maior para empregados com sintomas de depressão. Ainda mais relevante, o estudo realçava o impacte do presentismo. Outros investigadores concluíram



haver uma associação significativa entre sintomas de depressão e efetividade reduzida no trabalho. Num ano do estudo, as probabilidades de efetividade diminuída no trabalho em pessoas com sintomas crónicos de depressão foi sete vezes mais do que a das pessoas sem sintomas de depressão (197). Noutro estudo, com aplicação do *National Comorbidity Survey Replication*, os investigadores examinaram a associação entre perturbações do humor e limitações, mais especificamente entre os trabalhadores (198). Neste estudo de 3 378 trabalhadores dos EUA, 6.4% preenchiam os critérios de depressão major. O desempenho no trabalho foi avaliado através do *Health and Work Performance Questionnaire* da OMS, integrando autorrelatos relativos ao absentismo e ao presentismo (198). O presentismo refere-se à situação em que um empregado está presente no local de trabalho, mas é incapaz de trabalhar com plena capacidade devido a doença; o impacto desta questão tornou-se de interesse crescente para os empregadores. Numa revisão sistemática de sete estudos longitudinais, com um tamanho amostral médio de 6 264 artigos, verificou-se que a depressão e a fobia simples eram as perturbações mais prevalentes na população laboral. A depressão e a ansiedade eram mais consistentemente associadas ao presentismo do que ao absentismo e havia uma associação forte entre aspetos da baixa qualidade laboral e a depressão e ansiedade incidentes (199).

Num recente estudo empírico, foram comparados os fatores associados a doença prolongada entre trabalhadores que pediam benefícios sociais devido a transtornos mentais ou por outras causas. Observaram-se os traços individuais e as características ocupacionais. Além disso, foram analisados os fatores psicossociais no trabalho, usando os modelos *Demand-Control-Support (DCS)* e *Effort-Reward Imbalance (ERI)*, e se eles estavam associados a ausência prolongada por doença devida a perturbações mentais. As conclusões revelaram que os traços individuais e as condições de trabalho estavam associados a doença prolongada devida a perturbações mentais. Isto pode vir a contribuir para a implementação de ações e estratégias preventivas, de modo a facilitar o regresso ao trabalho, tendo como alvo as populações mais vulneráveis às perturbações mentais (200). Noutro estudo, foram estimadas as frequências de PMCs bem como os preditores de PMCs não detetados e, também, a taxa de regresso ao trabalho entre indivíduos na lista de doentes e registados por absentismo devido a doença prolongada, mas sem transtorno psiquiátrico. Os resultados mostraram que as frequências de perturbações mentais não

identificadas entre os indivíduos na lista de doentes eram de 21% para qualquer diagnóstico psiquiátrico, 14% para a depressão, 4% para a ansiedade e 6% para perturbação somatoforme. Assim, PMCs indetetadas podem atrasar o início de tratamento apropriado bem como a recuperação e o regresso ao trabalho (201). Perturbações mentais comuns são associadas a funcionamento limitado e absentismo por doença. Noutro estudo, os investigadores avaliaram se a morbilidade subclínica, bem como a psiquiátrica, indicam períodos longos de absentismo por doença tanto para doenças psiquiátricas como para doenças não psiquiátricas. Os resultados sugeriram que, considerando a amostra analisada de funcionários públicos do *Whitehall II Study*, as PMCs clínicas, ao contrário das subclínicas, são preditoras de períodos longos de absentismo por doença psiquiátrica em homens, mas não em mulheres. Adicionalmente, as PMCs não prediziam períodos longos de absentismo por doença não psiquiátrica. Assim, a saúde pública e os serviços clínicos deveriam focar-se na identificação de trabalhadores com sintomas elevados de morbilidade psicológica e com PMCs. A identificação e o tratamento de PMCs podem reduzir o custo económico de absentismo por doença psiquiátrica prolongada. São, no entanto, necessários mais estudos para compreender melhor a eficácia da identificação e da gestão atempada de sintomas do foro mental para a prevenção de longos períodos de absentismo associado a doença (202).

#### 1.1.19 Presentismo, produtividade, morbilidade psicológica e comorbilidade

O presentismo refere-se à situação em que um empregado comparece no trabalho mas, devido a doença (física ou mental), é incapaz de trabalhar na sua capacidade total (199). Os dados acerca do presentismo associado a problemas de saúde mental mostram que este é 1.8 vezes mais frequente do que o absentismo (130). Numa investigação onde uma medida de autorrelato com quatro dimensões de limitação laboral, baseada no *Work Limitations Questionnaire*, foi completada por 16 651 empregados de uma grande empresa de serviços financeiros, verificou-se que a depressão tinha uma associação elevada com as limitações na gestão do tempo, com o funcionamento interpessoal e com a produção em geral. Estes resultados sugerem que as intervenções no local de trabalho (p. ex., programas de gestão de doença) deveriam ser ajustadas aos efeitos únicos observados com doenças específicas. Mais programas orientados poderiam ter importantes benefícios para a

produtividade no local de trabalho (203). O ajustamento do horário de trabalho e as exigências de eficiência têm efeitos sobre a prevalência do absentismo e do presentismo por doença e estão fortemente condicionados pela autoperceção do trabalhador relativamente ao seu estado de saúde. Assim, o estado inicial de saúde percebido pelo trabalhador é um importante atributo que tem de ser levado em conta quando se planeiam políticas apropriadas para reduzir o absentismo e o presentismo por doença (204). Num estudo transversal, foi utilizado um conjunto de dados retirados do estudo *Australian Work Outcomes Research Cost-benefit (WORC)* para explorar os impactes de problemas de saúde com e sem sofrimento psicológico associado, comparativamente a situações sem nenhuma destas condições, numa amostra de aproximadamente 78 000 australianos trabalhadores. De acordo com os resultados, tanto no absentismo como no presentismo havia um maior risco de perda de produtividade em casos de comorbilidade de problemas de saúde e sofrimento psicológico. Para alguns problemas, este risco era muito maior quando havia sofrimento psicológico associado, comparativamente aos casos em que não havia. Assim, o sofrimento psicológico associado implica um risco acrescido de perda de produtividade para uma série de problemas de saúde física (205). Noutro estudo, os investigadores estudaram em que medida o comportamento do supervisor está associado ao presentismo dos empregados. Também estudaram a eficácia de uma medida do presentismo relacionada com o *stress* laboral. Os empregados responderam a um questionário sobre a frequência com que experienciam o presentismo relacionado com *stress* laboral e sobre os comportamentos dos seus supervisores. Os resultados apoiaram a hipótese de que o comportamento do supervisor está associado ao presentismo dos empregados. Comportamentos negativos do supervisor estavam mais fortemente correlacionados com o presentismo do que os positivos. Estes resultados sugerem que o presentismo está sujeito à influência do supervisor (206).

Num estudo prospetivo com uma amostra de população laboral sueca realizado em 2008 e 2010, os resultados indicaram que as consequências na saúde associadas ao presentismo por doença estão largamente relacionadas com a saúde mental e também reforçam conclusões anteriores sugerindo que o presentismo por doença pode ser um fator de risco para um futuro absentismo por saúde geral subótima ou doença, em particular problemas de saúde mental. Isto indica que perguntar acerca de presentismo por doença

poderia fornecer informação importante aos empregadores e profissionais de saúde de medicina ocupacional, permitindo possivelmente intervenções mais atempadas que poderiam diminuir o risco de um futuro absentismo por doença e problemas de saúde mais sérios, especialmente no domínio da saúde mental (207).

Num estudo transversal foram recolhidos dados de 3 825 empregados de uma organização canadiana para identificar fatores explicativos das razões por que iam trabalhar mesmo quando a sua saúde estava limitada. Os resultados mostram uma elevada ocorrência de presentismo, os trabalhadores iam trabalhar apesar de doentes 50% do tempo. A propensão para o presentismo (percentagem de dias de trabalho estando doente sobre número total de dias de doença) era mais elevada para os trabalhadores que estavam doentes com mais frequência. Um maior volume de trabalho, maior discriminação de tarefas, más relações com os colegas, conflito de papéis e estado de emprego precário aumentavam o presentismo, mas não a capacidade de decisão. Os trabalhadores referindo elevado sofrimento psicológico e mais queixas psicossomáticas graves também eram mais propensos a referir taxas mais elevadas de presentismo. Estes resultados sugerem que a investigação sobre o *stress* não deveria incluir apenas o absentismo como um indicador, mas também considerar o presentismo (16). Alguns investigadores argumentaram que estar excessivamente presente pode até implicar mais custos para os empregadores do que o absentismo (208). A evidência tem mostrado que o presentismo estava negativamente associado à saúde em geral (209). O presentismo também parece ser um fator de risco significativo para futuras baixas por doença de mais de 30 dias, indicativo de problemas de saúde sérios, em grandes amostras (210). Comparecer continuamente ao trabalho estando doente pode causar também uma acumulação de volume de trabalho devido à eficiência reduzida, o que posteriormente aumenta a probabilidade de *burnout* (211) e a diminuição da satisfação (212). Portanto, não só trabalhar estando doente é extremamente exigente como, também, o presentismo não permite a reposição de recursos necessários para ultrapassar o estado de doença. Com o tempo, o presentismo por doença afeta negativamente a satisfação laboral bem como um bem-estar geral do indivíduo (213). A evidência tem demonstrado que apoio social dos pares pode ser um fator protetor que contribui para reduzir os impactes negativos do presentismo (214). De um modo semelhante, o apoio de supervisão pode ter um efeito atenuante na relação entre

presentismo e exaustão (215). Por fim, a maior parte da investigação existente sobre o presentismo tem sido realizada em campos de saúde pública e investigação epidemiológica com foco na associação entre presentismo e consequências para a saúde. Os efeitos prejudiciais do presentismo na saúde têm sido explícita ou implicitamente explicados com o modelo de recuperação, cuja tese central é a de que os empregados vão trabalhar apesar de se privarem física ou psicologicamente de oportunidades de recuperação. Assim, podem sofrer também de cansaço e fadiga acumulados (215). Desse modo, o modelo da recuperação tem sido frequentemente usado para explicar os efeitos prejudiciais do presentismo no bem-estar e na perda de produtividade. Num estudo recente, os investigadores exploraram o impacto das perturbações de humor (tais como depressão, perturbação bipolar, mania e distímia) e cinco problemas físicos crónicos relacionados com a idade (artrite, “dor de costas”, diabetes, doença cardíaca e hipertensão) no presentismo. Os resultados sugerem que as perturbações de humor e as cinco condições crónicas relacionadas com a idade estão associadas ao presentismo, indicando que ter como alvo as condições físicas crónicas ou as perturbações de humor pode ser produtivo na redução do presentismo. Estudos futuros deveriam explorar as relações entre estas condições. Compreendê-las melhor terá uma importância crítica no desenvolvimento de intervenções efetivas, de modo a otimizar a participação no mercado laboral de trabalhadores sofrendo de problemas mentais e físicos crónicos (216).

#### 1.1.20 Comorbilidade somática relacionada com o absentismo e o presentismo

Há falta de evidência acerca da saúde e da produtividade no trabalho focada em condições individuais que também incluam comorbilidades (217). A co-ocorrência de perturbações mentais e perturbações físicas crónicas é de especial importância porque elevadas comorbilidades mentais e físicas têm sido encontradas tanto em amostras da população em geral como em amostras de cuidados primários (217) (218). Além disso, verificou-se em vários estudos um excesso de limitações associado a estas comorbilidades (219).

Num estudo, analisaram-se os efeitos das comorbilidades psiquiátricas nas limitações de desempenho (número de ausências por doença e dias com redução de trabalho no último mês) entre pessoas com perturbações físicas, num inquérito, a

agregados familiares, representativo a nível nacional, de 5 877 respondentes. Os investigadores avaliaram perturbações físicas e mentais correntes e limitações de desempenho através da aplicação do *National Comorbidity Survey (NCS)*. Quatro perturbações físicas eram suficientemente comuns para serem estudadas: hipertensão, artrite, asma e úlceras. Os resultados demonstraram que essas quatro perturbações físicas estavam associadas a limitações significativas de desempenho. No entanto, uma análise mais aprofundada mostrou que essas limitações estavam quase todas confinadas a casos com comorbilidades psiquiátricas (220). À medida que se aumentam os esforços para racionalizar a alocação pelo empregador dos recursos dos cuidados de saúde, segundo critérios da medicina baseada na evidência, torna-se cada vez mais importante a consideração do papel desempenhado pelas comorbilidades psiquiátricas na origem das limitações entre trabalhadores com perturbações físicas crónicas.

Num estudo da população em geral com 7076 adultos, os investigadores examinaram a associação entre perturbações físicas e mentais e o efeito separado e conjunto das perturbações físicas e mentais na perda de trabalho. Os resultados demonstraram que todas as perturbações físicas (a saber, sinusite, problemas crónicos das “costas”, “reumatismo”, hipertensão, asma, enxaquecas, doenças do sistema digestivo), com exceção de problemas resultantes de acidentes, estavam significativamente relacionadas com as perturbações do humor (ou seja, depressão e ansiedade), mas só ligeiramente relacionadas com o uso de substâncias. Tanto as perturbações físicas como as mentais estavam significativamente relacionadas com a perda de trabalho, sendo que as perturbações mentais estavam mais do que as físicas. A comorbilidade física e mental conduz a um aumento principalmente aditivo na perda de trabalho. Assim, a comorbilidade física e mental é muito comum na população em geral e leva a um maior absentismo ao trabalho do que as perturbações simples que também causam problemas pessoais e sociais (221).

No *Whitehall II Study*, os investigadores examinaram a associação entre presentismo por doença e incidência de eventos coronários graves. As análises basearam-se numa coorte de funcionários públicos britânicos do sexo masculino sem história de anterior enfarte do miocárdio. Os resultados principais mostraram que 17% dos empregados não saudáveis não tinham faltado ao trabalho durante o *follow-up* de 3 anos.

De facto, a sua incidência de eventos coronários graves era duas vezes maior do que as dos empregados não saudáveis com níveis moderados de absentismo por doença. Assim, é relevante concluir que empregadores e empregados deveriam estar atentos aos potenciais efeitos causados pelo presentismo por doença (222). No mesmo estudo, encontrou-se evidência de que os sintomas de depressão estão associados a um risco aumentado de morte, independentemente da causa, e de mortalidade por causas cardiovasculares, e que o risco é particularmente marcado em participantes deprimidos com comorbilidade de doença cardíaca (223). Um estudo que utilizou os dados transversais do estudo *Australian Work Outcomes Research Cost-benefit (WORC)*, explorou os impactos dos problemas de saúde, com e sem sofrimento psicológico associado, em comparação com casos sem qualquer dos problemas, numa amostra de aproximadamente 78 000 trabalhadores australianos. Os resultados demonstraram que, para as medidas de produtividade com absentismo e com presentismo, havia um maior risco de perda de produtividade quando havia uma associação de problemas de saúde a sofrimento psicológico. Tanto os problemas de saúde isolados como os problemas de saúde associados a sofrimento psicológico tinham maior impacto no presentismo do que no absentismo, em termos dos tamanhos de efeito em modelos ajustados. O sofrimento psicológico associado implica um risco aumentado de perda de produtividade para vários problemas de saúde. Estes resultados realçam a necessidade de mais investigação para determinar se o sofrimento psicológico associado agrava potencialmente a perda de produtividade (205).

Um estudo epidemiológico de absentismo por doença (AD) foi conduzido por funcionários universitários brasileiros. Visava determinar as principais doenças associadas ao AD e determinar a duração média do AD e a sua variação entre diferentes elementos e entre sexos ao longo de um período de estudo de 10 anos. Durante esse período, 1 176 trabalhadores estiveram envolvidos em casos de AD. Após avaliar 7 579 consultas, a aplicação da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) demonstrou que os problemas musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo, bem como as doenças mentais e comportamentais eram os casos mais importantes de AD, ocorrendo em 47.3% dos trabalhadores com uma idade média de 46.2 anos. As trabalhadoras do sexo feminino representavam 78.1% de todos os trabalhadores com AD, mas os homens tinham taxas proporcionais mais elevadas. Observaram-se períodos mais longos de AD para doenças

relacionadas com neoplasias e doenças infecciosas. Doenças musculoesqueléticas e do tecido conjuntivo, doenças mentais e comportamentais eram os casos mais frequentes de absentismo por doença (224).

Outro estudo transversal incluía 76 pacientes com depressão recorrente (DR) e 72 controlos do pessoal médico, não deprimidos, do Departamento de Psiquiatria, *University Hospital Centre* em Zagreb. O estudo pretendia investigar a associação entre depressão, síndrome metabólica (SM), comorbilidade cardiovascular e inflamação crónica subclínica avaliada através da proteína C reativa (PCR). Os resultados indicam que os problemas mais comuns com comorbilidade eram as doenças cardiovasculares (46.1%), doenças do sistema locomotor (35.5%) carcinoma (15.8%), doenças da tiroide (9.2%) e diabetes (9.2%). A SM era mais comum em pacientes com DR (31.6%) do que nos controlos (23.6%) mas a diferença não era significativa. Verificou-se que os valores elevados de PCR eram significativamente mais frequentes em pacientes com DR do que nos controlos e estavam associados a uma diminuída lipoproteína de alta densidade e obesidade. Os resultados revelaram algumas ligações entre *stress*, depressão, síndrome metabólica e inflamação subclínica, o que pode ser relevante para a prevalência de comorbilidade somática em pacientes com DR, mas são necessários mais estudos para confirmar os resultados (225).

Noutro estudo, os investigadores usaram dados de um grande ensaio multicêntrico randomizado (n=644) para avaliar o poder explicativo da gravidade da doença e da qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) no absentismo e no presentismo, numa população laboral sofrendo de depressão e/ou ansiedade. Os resultados indicaram que a QdVRS tinha um poder significativamente explicativo no tipo de perda de produtividade e no absentismo prolongado. A gravidade da doença estava significativamente associada ao tipo de perda de produtividade. No entanto, o tipo de perturbação mental e a gravidade da doença não podiam explicar significativamente a duração do absentismo prolongado. Este último, pode sugerir que outros fatores possam desempenhar um papel importante, tais como, fatores relacionados com o trabalho e incentivos financeiros. Além disso, quanto maior o absentismo mais barreiras podem existir para regressar ao trabalho. Assim, recomenda-se mais investigação para identificar os fatores que podem contribuir para o regresso ao trabalho (226).



### 1.1.21 Morbilidade psicológica no local de trabalho

Os problemas de saúde mental podem resultar de uma relação complexa entre fatores biológicos (p. ex., fenótipos, genótipos), psicológicos (p. ex., mecanismos de *coping*) e socioambientais (como a pobreza, o nível educacional e o sexo) (10) (227). Um contexto social que tem um papel significativo nos problemas de saúde mental é o local de trabalho. Há evidência de que aspetos como uma deficiente organização e gestão do trabalho podem ter impacto na saúde mental dos trabalhadores.

Os resultados da investigação indicam que as questões psicossociais (como falta de controlo no trabalho, fraco poder de decisão, baixa discriminação de tarefas, pressão laboral e desfasamento entre esforço e recompensa) estão associadas a risco de depressão, problemas de saúde, ansiedade, sofrimento, fadiga, insatisfação laboral, *burnout* e absentismo por doença (228) (229) (230) (231). Há evidência de fatores laborais associados a problemas de saúde mental no trabalho: excesso de horas de trabalho; sobrecarga e pressão de trabalho; falta de controlo; falta de participação na tomada de decisões; fraco apoio social; e funções pouco claras no trabalho (232). Um estudo longitudinal conduzido no Reino Unido pode fornecer algum *insight* na relação causal entre aspetos do trabalho e o desenvolvimento de perturbações mentais (126). Verificou-se que as exigências do trabalho aumentam o risco de perturbações mentais, enquanto o apoio social e a elevada capacidade de decisão diminuem o risco relativo. Além disso, verificou-se que esforços elevados e recompensas baixas estão associados ao risco aumentado de perturbações mentais. Um estudo longitudinal de base populacional conduzido no Canadá determinou que o *stress* laboral está significativamente associado ao risco de episódios de depressão major. Este estudo revelou que os indivíduos que referem experienciar *stress* laboral eram 2.35 vezes mais propensos a relatar um episódio de depressão major (233). O *stress* laboral pode aumentar o risco relativo de exposição a problemas psicossociais e de saúde mental. Tem-se observado que o impacto de fatores de risco no local de trabalho varia nos diferentes locais de trabalho, grupos ocupacionais e culturas. Os resultados de um estudo com 3 142 enfermeiros, pessoal paramédico e profissionais de quatro organizações, realizado pela OMS (10), indicaram que a sobrecarga de trabalho era um fator nos três grupos ocupacionais. No entanto, entre os enfermeiros e pessoal paramédico, a pressão associada à tomada de decisão era identificada como um importante fator de risco,

enquanto, por contraste, profissionais e gestores identificaram relações frágeis com os superiores. Além disso, há uma evidência crescente que indica que o impacto de fatores de risco pode também variar consoante o género. Noutra revisão, verificou-se que o impacto de agentes de *stress* no trabalho, nas perturbações mentais comuns, difere entre mulheres e homens (233). Um estudo da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) fornece uma ampla discussão acerca de género, saúde e segurança (234). O estudo conclui, contudo, que é necessária uma investigação mais aprofundada para compreender melhor a influência do género na saúde mental no local de trabalho. A OMS listou vários fatores protetores da saúde mental: competências sociais, vida familiar segura e estável, relação solidária com outro adulto, sentimento de pertença, clima positivo no trabalho, oportunidades para o sucesso e o reconhecimento de realização, segurança económica, boa saúde física, vinculações e redes no seio da comunidade e acesso ao apoio social (10). Duas dimensões do ambiente psicossocial do trabalho que têm sido consistentemente identificadas como fatores chave de proteção para a saúde mental são: o suporte social e o elevado controlo e competência de decisão no trabalho. Por exemplo, o *Whitehall II Study*, que seguiu um grupo de funcionários públicos britânicos durante um período de tempo, concluiu que o suporte social e o controlo no trabalho protegiam a saúde mental ao passo que elevadas exigências laborais e um desequilíbrio esforço-recompensa eram fatores de risco para as perturbações psiquiátricas (126).

Num inquérito levado a cabo no Reino Unido, numa amostra de 420 000 empregados, estes acreditavam experienciar *stress*, depressão e ansiedade no trabalho a níveis compatíveis com perturbações mentais. De acordo com o *Sainsbury Centre for Mental Health*, no Reino Unido, a proporção de absentismo por doença atribuível às condições de saúde mental podia chegar aos 44%, o que se traduz em 70 milhões de dias perdidos por problemas de saúde mental, e representaria um custo anual de 8.8 mil milhões de libras. O mesmo centro também estima que 1 em cada 5 trabalhadores é afetado por depressão, ansiedade ou outros problemas de saúde mental (incluindo dependências de álcool e drogas) (130).

O *stress* laboral também foi relacionado com ansiedade e depressão, numa população de trabalhadores jovens, num estudo de coorte (n=972) em que o *stress* laboral (exigências psicológicas do trabalho, amplitude de poder de decisão, baixo suporte social

no trabalho, exigências físicas no trabalho) foi determinado por entrevista. Os resultados mostraram que, na população estudada, o *stress* laboral parece precipitar a depressão e a ansiedade diagnosticáveis em jovens trabalhadores anteriormente saudáveis. Ajudar os trabalhadores a lidar eficazmente com o *stress* laboral ou a reduzir os níveis de *stress* laboral poderia evitar a ocorrência de depressão e ansiedade significativas do ponto de vista clínico (173).

Num estudo baseado numa amostra finlandesa nacionalmente representativa, utilizando dados epidemiológicos de saúde do *Finnish Health 2000 Study*, os investigadores estudaram a associação entre perturbações mentais comuns na linha de base e pensões por invalidez, nos registos, durante um *follow-up* de sete anos. Os resultados indicaram que as comorbilidades de perturbações mentais apresentam um risco elevado para a pensão de invalidez. Outros preditores independentes de incapacidade laboral são fatores sociodemográficos, clínicos, relacionados com o trabalho e o tratamento, mas não o comportamento saudável. Dever-se-ia prestar mais atenção a fatores relacionados com o trabalho, de modo a prevenir a incapacidade laboral crónica (235).

Num estudo transversal em que se analisaram a prevalência e os fatores de risco de depressão, ansiedade e *stress* em 850 enfermeiros de Hong Kong, os investigadores concluíram que o *stress* estava associado significativamente a idades mais jovens, à inexperiência clínica e a distúrbios com os colegas durante o ano anterior, à baixa atividade física, à falta de lazer e ao consumo de álcool. Os enfermeiros estavam mais deprimidos, ansiosos e *stressados* do que a população local em geral, com mais de um terço dos respondentes tendo sido classificados como sujeitos a estas perturbações (236).

Um outro estudo considerava tanto um modelo de género, acerca do *stress* associado aos papéis sociais e condições no ambiente de casa, como um modelo laboral, que aborda as características *stressantes* do ambiente de trabalho, para investigar padrões na morbilidade de homens e mulheres em diferentes posições sociais. Usando dados do *Whitehall II Study*, os investigadores aventaram a hipótese de que uma falta de controlo nos ambientes de casa e do trabalho afeta a depressão e a ansiedade de um modo diferente para mulheres e homens e em três grupos sociais. Os resultados apontavam para que, tanto homens como mulheres, com baixo controlo, quer no trabalho quer em casa, tinham um risco aumentado de desenvolver depressão e ansiedade. Os investigadores não

encontraram uma interação entre baixo controlo em casa e no trabalho. No entanto, verificaram que os riscos associados ao baixo controlo, quer em casa quer no trabalho, não estavam distribuídos de um modo uniforme nas diferentes posições sociais, medidas por nível de emprego. As mulheres nos níveis de emprego mais baixo e intermédio que também referiram baixo controlo no trabalho ou em casa tinham maior risco de depressão e ansiedade. Os homens no nível intermédio com baixo controlo no trabalho apresentavam risco de depressão enquanto os que estavam no nível mais baixo apresentavam risco de ansiedade. Os homens, nos níveis intermédio e superior, contudo, apresentavam maior risco para ambos os indicadores, se referissem baixo controlo em casa. As conclusões apontavam para que, além dos papéis sociais e características do ambiente de trabalho, as futuras investigações de desigualdades de género na saúde devem incorporar variáveis associadas com controlo em casa e posição social (237).

Um estudo prospetivo com uma amostra de 3 707 empregados participando no *Maastricht Cohort Study on Fatigue at Work*, tinha o objetivo de determinar a incidência de ansiedade e depressão subclínicas numa população de trabalhadores em geral e identificar as características psicossociais do trabalho associadas ao início de ansiedade e depressão subclínicas. Os resultados apontaram para que elevadas exigências psicológicas no trabalho aumentavam o risco tanto de ansiedade como de depressão. As conclusões deste estudo apontam que aspetos psicossociais do trabalho são preditores significativos para o início de sintomatologia de ansiedade e de depressão subclínicas, na população de trabalhadores. Estes resultados encorajam estudos de intervenção que testem se a modificação do ambiente psicossocial do trabalho reduz tanto os sintomas de ansiedade como os sintomas de depressão entre os empregados (238).

Um estudo longitudinal, visando comparar a incapacidade laboral prolongada e o absentismo entre perturbações de ansiedade e de depressão, focou-se nos efeitos de diferentes cursos (remissão, recorrência e curso crónico) e dimensões sintomáticas específicas (ativação de ansiedade, comportamento de evitamento e humor depressivo). Ansiedade e/ou depressão recorrentes e atuais foram associadas a uma incapacidade laboral crescente e a absentismo ao longo de quatro anos, comparativamente a controlos saudáveis. A incapacidade laboral prolongada e o absentismo eram mais proeminentes na comorbilidade ansiedade-depressão, seguida de depressão e eram menores na ansiedade.

Os resultados demonstraram que síndromes e sintomas depressivos têm mais impacto na futura incapacidade laboral do que a ansiedade, o que implica que a prevenção da depressão é prioritária (239).

#### 1.1.22 Resposta ao *stress*

Qualquer situação adversa, aguda ou crónica, desencadeia uma série de reações de resposta ao *stress*. O *stress* é uma ameaça à homeostasia e está associado a um estado de alerta com respostas adaptativas biológicas e comportamentais para repor a homeostase. O *stress* agudo tem uma duração limitada e, em princípio, os mecanismos reguladores são eficazes. No *stress* crónico a capacidade de adaptação é ultrapassada. Os mecanismos reguladores são representados pelo eixo hipotálamo-pituitária-adrenérgico (HPA) e pelo sistema nervoso autónomo, coordenados pelo sistema nervoso central (SNC). Novos focos de investigação passam pelo papel do sistema imunitário, regulação neuroendócrina, inflamação sistémica e no SNC, e pela interação entre fatores genéticos e do meio ambiente (240). Há um ponto de equilíbrio desejável, entre o *stress* positivo (*eustress*) e o *stress* negativo (*distress*) (241).

A resposta ao *stress* é o processo adaptativo fisiológico e psicológico que é ativado, quando há uma discrepância entre o que o organismo espera e o que realmente acontece. Daí que a resposta ao *stress* não seja necessariamente nociva mas, perante prolongadas e exigentes situações de *stress*, a homeostasia pode ser ameaçada e a saúde colocada em perigo, uma vez que o *stress* pode levar a alterações em várias substâncias neuroquímicas que modulam os circuitos neuronais, incluindo as que estão envolvidas na regulação da recompensa, do medo condicionado e do comportamento social (242) (243).

É de absoluta necessidade uma resposta apropriada ao *stress* para uma saúde prolongada face às adversidades e para uma redução das perturbações de saúde mental após exposição a adversidades graves. Os principais sistemas neuronais responsáveis pela resposta ao *stress* fazem parte do eixo HPA, do sistema noradrenérgico, do sistema nervoso simpático (SNS) e dos sistemas de neurotransmissão dopaminérgica e serotoninérgica (244).

A resiliência fisiológica tem sido, assim, associada à flexibilidade dos sistemas neuroquímicos de resposta ao *stress*, bem como aos circuitos neuronais envolvidos nesta resposta. Logo, é possível que a constituição genética possa influenciar a resiliência através do impacto em várias vias neuroquímicas (245). Nos mamíferos, o eixo HPA é o coordenador central dos sistemas endócrinos de resposta ao *stress* e é constituído pelo núcleo paraventricular (NPV) do hipotálamo, pelo lobo anterior da glândula pituitária e pelos órgãos efetores, as glândulas adrenérgicas ou suprarrenais (246) (247). Quando expostos a estímulos causadores de *stress*, os neurónios no NPV do hipotálamo libertam, nos vasos sanguíneos, duas neuro-hormonas – a hormona libertadora de corticotrofina (HLC) e a arginina vasopressina (AVP) – ligando funcionalmente o hipotálamo e a pituitária. Ambas as hormonas estimulam a produção, pelo lobo anterior da glândula pituitária, da hormona adrenocorticotrófica (ACTH) e a sua secreção, para a circulação sanguínea. Por outro lado, a ACTH induz a síntese de glucocorticoides e a sua libertação pelo córtex supra-renal (248). Os glucocorticoides modulam o metabolismo bem como as funções imunitárias e cerebrais, permitindo desse modo uma resposta comportamental orquestrada e adequada para lidar com o *stress* (247). Como proteção contra uma atividade continuada, o eixo HPA é cuidadosamente modulado através de elaborados sistemas de retroação negativa cujo objetivo é o de manter níveis pré-determinados de hormonas e a homeostasia (244) (248). Para este fim, a secreção de HLC, AVP e ACTH é, em parte, controlada por uma retroação delicada exercida sobre os glucocorticoides ao nível do hipocampo, do NPV e da glândula pituitária (248). O eixo HPA está também sob o controlo inibitório do hipocampo, bem como do controlo excitatório da amígdala (249). O hipocampo está implicado na aprendizagem e na formação de memórias a longo prazo (250) (251) e restringe a atividade do NPV bem como muitos aspetos do eixo HPA, incluindo a iniciação e a terminação das respostas ao *stress*, através da ligação de glucocorticoides aos recetores do hipocampo (246) (252) (253).

Em contraste, a amígdala, como parte do sistema límbico, está associada ao processamento de memórias e a reações emocionais e parece ser crítica na ativação do eixo HPA em resposta a desafios e ameaças cognitivo-emocionais (250) (251). A ligação de glucocorticoides aos recetores da amígdala pode facilitar a atividade do eixo HPA, aumentando com frequência a produção de HLC na amígdala (250).

### 1.1.23 Sistema noradrenérgico e sistema nervoso simpático

A epinefrina e a norepinefrina, da família das catecolaminas, têm um papel fulcral na resposta ao *stress*, ao serem envolvidas na regulação dos processos emocionais, agindo como hormonas e neurotransmissores. Os seus efeitos são mediados por recetores adrenérgicos localizados no cérebro, em vários neurónios e células da glia, e são libertadas na corrente sanguínea pelo SNC, sobretudo pelo *locus coeruleus* (LC) e pelo sistema nervoso simpático (243) (254).

Numa situação causadora de *stress*, a ativação do sistema noradrenérgico leva ao aumento da libertação de norepinefrina pelo LC, o principal núcleo noradrenérgico no cérebro, para os seus destinatários, a amígdala, o córtex pré-frontal e o hipocampo. O córtex pré-frontal, uma estrutura implicada no planeamento de comportamentos cognitivos complexos, é, desse modo, inibido, o que favorece as respostas instintivas (244) (255). A libertação de norepinefrina pelo LC também tem um papel fulcral na consolidação de memórias emocionais negativas e, além disso, leva a amígdala a estimular a sua ativação numa retroação positiva (255). Assim, uma resposta exagerada do sistema noradrenérgico é geralmente associada a perturbações de ansiedade e problemas cardiovasculares (256).

O papel principal do sistema nervoso simpático é o estabelecimento de uma resposta de “luta ou fuga” numa situação traumática ou causadora de *stress*, preparando o organismo para agir através do aumento dos níveis de epinefrina e norepinefrina em circulação, da frequência cardíaca e do inotropismo, da vasoconstrição periférica e da aceleração metabólica. A exposição ao *stress* ativa os neurónios pré-ganglionares do sistema nervoso simpático, na medula espinal, e leva à libertação de norepinefrina e epinefrina na corrente sanguínea pelos neurónios pós-ganglionares e pela medula adrenérgica, respetivamente (257).

Um sistema nervoso simpático hiper-responsivo pode levar à contínua estimulação dos recetores adrenérgicos, contribuindo para hipervigilância, medo, memórias intrusivas e risco aumentado de hipertensão e de doença cardiovascular (233) (258). Assim, os indivíduos resilientes são aqueles que são capazes de manter a ativação do sistema nervoso simpático dentro de uma faixa de elevação adaptativa, que seria suficientemente “alta” para assegurar uma resposta adequada (de *eustress*) mas não tão alta que levasse à incapacidade, à ansiedade e ao medo (258).

#### 1.1.24 Sistemas dopaminérgico e serotoninérgico

A investigação confirmou o papel crucial dos sistemas de transmissão serotoninérgica e dopaminérgica na fisiopatologia das perturbações emocionais e comportamentais, uma vez que a estimulação destes sistemas induzida pelo *stress* tem sido vista como uma plasticidade que permite ao cérebro reagir a desafios através da reorganização das suas redes neuronais (233) (259).

A evidência sugere que o sistema mesolímbico dopaminérgico tem um papel importante no controlo do humor, uma vez que a dopamina (DA) é um dos mais predominantes neurotransmissores catecolaminérgicos no cérebro, capaz de modular os mecanismos subjacentes aos estados de medo e ansiedade (260) (261).

Tanto a componente mesocortical como a componente mesolímbico dos sistemas dopaminérgicos são inervados por neurónios do NPV produtores de HLC e pelo sistema LC-noradrenérgico e são, portanto, ativados durante o *stress*. O sistema mesocortical consiste em neurónios dopaminérgicos da área tegmental ventral (ATV), que envia projeções para o córtex pré-frontal e está envolvida em fenómenos antecipatórios e funções cognitivas, além de estar associada à inibição do sistema de *stress*.

A serotonina é um neurotransmissor capaz de exercer grande influência em várias funções cerebrais. É sintetizada exclusivamente em neurónios serotoninérgicos localizados nos núcleos da rafe do tronco cerebral e projeta-se para quase todas as partes do SNC, tornando assim a rede serotoninérgica um dos sistemas neuroquímicos mais dispersos no cérebro (237,256,257). A distribuição difundida das fibras serotoninérgicas explica a grande variedade de funções que são moduladas pela serotonina, incluindo a termorregulação, o processamento emocional e a função cardiovascular (233) (262) (263).

A evidência é bastante sugestiva de um papel regulador da serotonina na atividade do eixo HPA induzida por *stress* através de ações diretas ao nível hipotalâmico, pituitário e adrenérgico, influenciando a secreção de glucocorticoides de um modo dependente dos agentes de *stress* (262) (264) (265). Tugade et al. (266) argumentaram que “a resiliência psicológica refere-se a *coping* e adaptação efetivos face à perda, à privação ou à adversidade”.



### 1.1.25 *Stress* relacionado com o trabalho

Os efeitos da sobrecarga laboral, da fadiga física e do *burnout* emocional, nomeadamente nos níveis de colesterol e triglicéridos, têm sido estudados (173) (267) e a exposição crónica ao *stress* tem sido associada a hipertensão essencial (268). Com efeito, o *stress* crónico, ao provocar alterações no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenérgico (HPA) e no sistema imunitário, atua como desencadeante de ansiedade e depressão, sendo que um défice nas funções serotoninérgicas está associado a alterações hormonais (269).

Os fatores psicossociais de risco de *stress* relacionados com o trabalho têm, provavelmente, impacte na saúde através de mecanismos intimamente relacionados – emocionais, cognitivos, comportamentais e fisiológicos. A medida de saúde é modificada por fatores situacionais (p. ex., o suporte social) e individuais (p. ex., personalidade, processo de *coping*). O sistema trabalho-ambiente-*stress*-saúde é dinâmico. Há uma evidência crescente de uma relação causal entre agentes psicossociais de *stress* relacionados com o trabalho e a incidência e prevalência de morbidade ocupacional e mortalidade. A evidência e a intervenção na saúde deveriam, pois, apontar para a construção de sistemas orientados, interdisciplinares, intersetoriais, direcionados para a saúde e não só para a doença, e participativos (270).

Numa revisão sistemática com o objetivo de saber qual era a contribuição dos fatores psicossociais de risco relacionados com o trabalho, para as perturbações relacionadas com o *stress* (PRs), os estudos concluíram haver uma associação entre a exposição a fatores psicossociais de trabalho e a ocorrência de PRs. Foi encontrada forte evidência de que elevadas exigências no trabalho, baixo controlo no trabalho, baixo suporte dos colegas, baixo suporte do supervisor, baixa justiça procedimental e um grande desequilíbrio esforço-recompensa prediziam a incidência de PRs. No entanto, são necessários mais estudos prospetivos sobre outros fatores, avaliação da exposição e contribuições relativas de fatores isolados, de modo a possibilitar uma avaliação consistente das PRs relacionadas com o trabalho (271).

Num estudo transversal, um total de 174 empregados de indústria foram avaliados para parâmetros de *stress* psicossocial e biológico e perceção de reatividade ao *stress* (a disposição individual de uma pessoa para responder a agentes de *stress* com reações imediatas, bem como duradouras, podendo ser um parâmetro válido de indicadores de

saúde adversos, atuais e prospetivos). Foram analisadas as diferenças entre grupos com alta e baixa reatividade ao *stress*. Nesta amostra, diferentes parâmetros de *stress* psicossocial como *stress* crónico e desequilíbrio esforço-recompensa eram significativamente maiores em comparação com a população normal. Comparados aos empregados com baixa perceção de reatividade ao *stress*, aqueles com elevada perceção de reatividade ao *stress* mostravam piores resultados nas queixas relacionadas com a saúde, depressão, ansiedade, *stress* crónico e desequilíbrio esforço-recompensa. Portanto, o *stress* no trabalho é considerado um custo importante num subgrupo relevante de empregados de indústria numa posição intermédia da administração. A perceção de reatividade ao *stress* parece ser um conceito adequado para identificar empregados que experienciam *stress* psicossocial e problemas psicológicos associados ao local de trabalho (272). Num estudo recente, foram avaliados o *stress* e a pressão psicossociais numa comissão de operários do sindicato comercial IG Metal, em comparação com empregados trabalhando na administração em geral (com papéis de liderança ou de não-liderança) e um valor nacional de referência. Os resultados indicaram que, comparados com os grupos de referência, os elementos da comissão de operários têm uma perceção das exigências psicossociais da vida de trabalho, como mais exaustivas, na maior parte dos aspetos. Isto permite várias conclusões. Uma pode ser as tarefas alargadas que os representantes dos empregados enfrentam, outra permite indicar que a educação da maior parte dos membros da comissão de operários não parece apropriada às elevadas exigências das suas tarefas administrativas e executivas (273). Noutro estudo, os investigadores identificaram sintomas de saúde relacionados com o *stress* e características ambientais do trabalho que os empregados mais velhos enfrentam na Lituânia. O conjunto de dados consistia em 119 respondentes com 50 anos ou mais, e os sintomas de saúde mais prevalentes eram a dor de costas, dificuldade em dormir, azia e cansaço. Os resultados indicaram que, neste caso, os respondentes tinham boas relações com colegas e supervisor e, frequentemente, experienciavam variedade e clareza de funções no trabalho. No entanto, tinham poucas oportunidades de aprendizagem, baixa independência no trabalho e raramente podiam participar na tomada de decisões (274).

Num estudo transversal recente, cujo objetivo era o de avaliar o nível de *stress* ocupacional e a sua associação com a qualidade de vida (QdV), mostrou-se que, entre os

empregados bancários do setor público, os diretores apresentam um nível elevado de *stress*. Há uma associação entre o nível de *stress* e a QdV relacionada com a saúde. Os indivíduos com *stress* ligeiro tiveram pontuações mais elevadas tanto em QdV mental como física do que os indivíduos com níveis moderado e severo de *stress*. Este estudo apela a iniciativas para melhorar a QdV dos empregados no setor bancário. Além disso, o estudo foi levado a cabo entre empregados do setor público da banca e os bancos privados que podem ter diferentes ambientes de trabalho. Por isso, os resultados do estudo deveriam ser generalizados de modo a incluir empregados do setor privado da banca (275). O *stress* crónico causa mudanças no eixo HPA e no sistema imunitário, desencadeando a ansiedade e a depressão, e as mudanças na função serotoninérgica estão associadas a mudanças hormonais (269). Segundo conceitos propostos por Langley, Cannon e Selye, as respostas adrenérgicas ao *stress* concorrem numa síndrome que reflete a ativação do sistema simpatoadrenérgico e o eixo HPA. A “síndrome de *stress*” mantém a homeostasia em emergências como situações de “luta ou fuga”, mas se a resposta de *stress* é excessiva ou prolongada então pode ocorrer qualquer de entre uma variedade de perturbações clínicas. O sofrimento envolve a ativação concorrente dos sistemas HPA e neuroendócrino adrenomedular (276). Os fatores de *stress* no local de trabalho estão associados a maior risco de doença coronária, embora se debata sobre as consequências psicofisiológicas do *stress* laboral. Num estudo assente em revisões de literatura, os investigadores queriam perceber se o *stress* laboral estava associado a biomarcadores simpatoadrenérgicos (catecolaminas plasmáticas e variabilidade do ritmo cardíaco) e biomarcadores do eixo HPA, como o perfil de cortisol. De acordo com os resultados, há evidência de que o *stress* laboral está relacionado com respostas elevadas de *stress* em termos dos biomarcadores do sistema simpatoadrenérgico e do eixo HPA (277).

É importante notar que a resposta individual ao *stress* pode também ser associada a uma capacidade individual de resiliência no local de trabalho e que uma exposição crónica ao *stress* pode afetar a saúde através de uma miríade de vias comportamentais e bioquímicas, hormonais e metabólicas direta ou indiretamente, associado a inflamação sistémica e *stress* oxidativo (p.ex., um desequilíbrio nos níveis relativos de pró-oxidantes e antioxidantes em que os níveis de pró-oxidantes estão em excesso), podendo conduzir a senescência celular (imunossenescência celular) (278) (279).

Recentemente, o *stress* oxidativo também foi implicado na depressão, nas perturbações de ansiedade e nos níveis elevados de ansiedade. Uma revisão recente sumariza os dados sobre a ligação entre *stress* oxidativo e ansiedade. Se bem que todos os dados demonstrem haver uma ligação entre *stress* oxidativo e comportamento relacionado com elevada ansiedade, uma relação causa-efeito ainda não foi completamente estabelecida. Alguns destes estudos sugerem que o *stress* oxidativo dá origem a comportamentos relacionados com ansiedade, mas não explicam os mecanismos subjacentes. Apesar de haver algumas limitações na abordagem para estabelecer o efeito ansiogénico do *stress* oxidativo, os dados disponíveis são consistentes com esta relação causal. O potencial papel causal do *stress* oxidativo na ansiedade pode gerar interesse nos antioxidantes numa perspetiva de prevenção (280).

Demonstrou-se que alguns profissionais de saúde de medicina ocupacional em condições *stressantes* podem ter aumentos em vários marcadores de *stress* oxidativo quando comparados a outros trabalhadores. Num estudo acerca do *stress* oxidativo e do *stress* ocupacional em ministradores de cuidados paliativos, os resultados revelaram que nesta população, em particular o *stress* oxidativo, o *stress* ocupacional e os níveis de *burnout* ocupacional são similares em homens e mulheres. O *stress* ocupacional aumenta os níveis de *stress* oxidativo provavelmente em resposta a uma geração aumentada de espécies reativas de oxigénio. Trabalhar durante a noite aumenta os níveis oxidativos e os níveis de *burnout* (281).

Um caso de estudo, de *stress* crónico extremo, é o da France Télécom, no centro de uma intensa controvérsia política e mediática desde 2008, após um aumento pronunciado no número de suicídios entre os trabalhadores da companhia: doze suicídios em 2008, dezanove em 2009, vinte e sete em 2010 e seis em 2011. As taxas de suicídio voltaram a subir e a companhia entrou em “sério alerta” em março de 2014, a seguir a dez suicídios de empregados desde o início do ano. A imprensa francesa noticiou amplamente estes casos de suicídio, descrevendo com frequência pungentes pormenores das perturbações mentais experienciadas pelos empregados da France Télécom. Alguns trabalhadores referiram serem forçados a mudar de funções numa base quase contínua enquanto os patrões procuravam desestabilizar as suas condições laborais e levá-los a deixarem a companhia. Outros, que trabalhavam em *call centers*, descreveram métodos de vigilância

e controlo pelos quais eram punidos se regressassem às suas secretárias alguns momentos atrasados e precisavam de pedir autorização para ir à casa de banho. Em vez de uma história de sucesso neoliberal, a France Télécom parecia agora simbolizar as consequências humanas trágicas da liberalização económica descontrolada (282).

#### 1.1.26 Resiliência

Na sua maioria, as pessoas passam, em diferentes alturas da vida, por momentos que causam sofrimento e perturbação mas nem todas elas reagem de igual modo (283). Têm sido referidas diferenças individuais na forma como as pessoas respondem ao trauma e, embora algumas pessoas sejam capazes de responder com resiliência e consigam ultrapassar a adversidade, outras são mais vulneráveis (251) (283) (284).

Mais do que uma ausência de psicopatologia, a resiliência pode ser vista como a capacidade e o processo dinâmico de superar de um modo adaptativo o *stress* e a adversidade, mantendo simultaneamente um funcionamento psicológico e físico normais (244) (285).

Assim, um indivíduo resiliente é aquele que experienciou um evento traumático e continua a demonstrar respostas psicológicas e fisiológicas adaptativas ao *stress* (250). Como característica individual, espera-se que a resiliência seja influenciada por variáveis externas, tais como o suporte social adequado, que reduzem o risco de perturbações mentais relacionadas com o *stress* ao atenuar o impacte deste (286) (287).

Compreender o impacte do trauma e como a resiliência é desenvolvida e melhorada é, portanto, de grande relevância nos tempos atuais, dadas as maiores tensões no ambiente político internacional e a instabilidade económica, de modo a não só promover mecanismos de *coping* como também mitigar o *coping* desadaptativo e a resposta ao *stress* em doenças psiquiátricas, tais como a depressão e a perturbação de *stress* pós-traumático (*post-traumatic stress disorder*) (PTSD) (285) (267) (288).

Em particular, durante as últimas duas décadas, tem havido uma marcada tendência dos investigadores, médicos e responsáveis políticos para mudar o foco, dos fatores de risco para a resiliência. Importa notar que a resposta individual ao *stress* também pode ser

associada a uma capacidade individual para ser resiliente ou vulnerável no local de trabalho e que a exposição crónica ao *stress* pode afetar a saúde dos indivíduos.

Tem sido estudada a exposição a fatores psicossociais de risco específicos, relacionados com o trabalho, e perturbações relacionadas com o *stress* (SRDs – *stress-related disorders*). Encontrou-se uma forte evidência de que as elevadas exigências laborais, o baixo controlo laboral, o baixo suporte dos colegas de trabalho, o baixo suporte do supervisor, a baixa justiça procedimental, a baixa justiça relacional e um elevado desequilíbrio esforço-recompensa prediziam a incidência de SRDs. Como fator protetor estrutural individual, a “resiliência” pode ser definida como uma vulnerabilidade reduzida a experiências de risco ambiental, incluindo um ambiente psicossocial pouco saudável no local de trabalho, a superação de um *stress* ou adversidade ou um resultado relativamente bom apesar das experiências de risco (289). Assim, é um conceito interativo em que a presença da resiliência tem de ser inferida de indicadores de variações individuais entre indivíduos que experienciaram um *stress* ou adversidade importante e significativa (290).

Bonanno (291) nota que a resiliência pode ser diferenciada da recuperação no sentido em que a recuperação de um acontecimento significa que há um período em que o funcionamento normal está suspenso, enquanto a resiliência envolve a manutenção do equilíbrio, sem perda do funcionamento (médio) normal. A resiliência psicológica é definida como a capacidade de prosseguir de um modo positivo a partir de experiências negativas, traumáticas ou causadoras de *stress*. Todas as pessoas têm potencial de resiliência, mas o seu nível é determinado por experiências individuais, qualidades, ambiente e por cada saldo pessoal de fatores de risco e fatores de proteção. Os fatores de proteção ajudam os indivíduos a atingirem um resultado positivo independentemente do risco (266).

A investigação da resiliência tem o seu ponto de partida na conclusão universal de que há uma heterogeneidade objetiva nas reações a todos os tipos de adversidade ambiental, juntamente com a evidência de que, nalgumas circunstâncias, a exposição ao *stress* pode ser seguida de uma resistência aumentada a *stress* posterior (um efeito de fortalecimento), em vez de uma sensibilização ou vulnerabilidade aumentada. Por outras palavras, o foco está nas diferenças individuais em resposta à adversidade em vez de um pressuposto de que os resultados podem ser explicados em termos do saldo entre influências positivas e negativas, com o pressuposto de que elas afetarão a maioria das

peessoas do mesmo modo e no mesmo grau (292). A heterogeneidade pode encontrar-se nas respostas das pessoas a todo o tipo de adversidades ambientais. É tido em linha de conta o que se sabe acerca da interação genes-ambiente e é observado que há alguma evidência de que as influências genéticas dizem respeito à responsividade a todos os ambientes e não apenas aos maus. Os efeitos do curso de vida são revistos, tendo em conta a evidência de efeitos de momentos de viragem associados a experiências que aumentam as oportunidades e melhoram o *coping*. Além do fortalecimento, Bonanno et al. (293) discutem o *self-enhancement*, o *coping* repressivo, as emoções positivas e o riso como promotores de resiliência. Tugade et al. (266) sugerem que a capacidade de encontrar um significado positivo em situações adversas e de regular emoções negativas contribui para a resiliência pessoal. Além disso, eles concluem que emoções positivas ajudam as pessoas resilientes a recuperaram de emoções negativas. Concluem que as emoções positivas poderiam ajudar potencialmente à construção da resiliência e fornecem uma atenuação contra as adversidades da vida.

A resiliência abrange a resistência a influências ambientais adversas bem como o fortalecimento que se segue a breves agentes intermitentes de *stress* (294). É acompanhada de importantes alterações biológicas, neuroendócrinas e neuronais.

É um conceito dinâmico em que o *coping* bem-sucedido pode envolver um complicado misto de habituação psicológica, mudanças na disposição mental (*mental set*), alterações na autoeficácia percebida e real, alterações hormonais (especialmente no eixo HPA) e alterações neuronais (292).

A resiliência pode ser vista como uma medida da capacidade de *coping* em situações de *stress* e, como tal, poderia ser um importante alvo de tratamento na ansiedade, na depressão e em reações ao *stress*. A evidência em sobreviventes resilientes de traumas violentos mostra que estes exibiam uma melhor saúde e menor gravidade de sintomas de PTSD do que aqueles que não eram resilientes (295). É necessária uma comparação entre culturas, visto que o construto de resiliência, definido pela CD-RISC de 25 itens (296) pode ter, de algum modo, diferentes implicações em culturas divergentes, nomeadamente as culturas americana e chinesa (297). Nem a análise fatorial confirmatória (AFC) nem a análise fatorial exploratória (AFE) dos dados de uma amostra relativamente grande de indivíduos chineses puderam replicar a resiliência original com uma estrutura de 5 fatores.

A AFE revelou três fatores (“tenacidade”, “controle”, “otimismo”), o que parece fazer mais sentido para a população chinesa do que a estrutura original de 5 fatores. O construto de resiliência pode ser apresentado como uma tríade de Tenacidade, Força e Otimismo na cultura chinesa (297). Noutro estudo com um total de 2 914 adolescentes chineses residentes em Chengdu, Sichuan, que completaram os itens da CD-RISC, um mês após o sismo de Sichuan de 2008, os resultados replicaram o modelo dos 5 fatores originalmente obtidos entre os adultos da comunidade norte-americana e estes 5 fatores também se agrupavam num fator superior, o fator “resiliência”. As pontuações da resiliência demonstravam a esperada correlação positiva com o suporte social e correlações negativas com a depressão e a ansiedade. Os participantes do sexo masculino obtiveram pontuações superiores de resiliência em comparação com os participantes do sexo feminino, e os participantes mais jovens também obtiveram pontuações de resiliência superiores às dos participantes mais velhos (298). Noutros estudos, também se obteve um modelo de 3 fatores para o construto da resiliência, nomeadamente um estudo espanhol que considerava a resiliência de empresários como explicação possível para o sucesso empresarial e, portanto, mediu a resiliência individual com a CD-RISC (25 itens). Os resultados indicaram uma estrutura da resiliência de 3 fatores, sendo 47.48% da variância total explicada pelos três fatores (“fortalecimento”, “desembaraço” [*resourcefulness*] e “otimismo”). A CD-RISC tem provado ser uma ferramenta fiável e válida para medir a resiliência dos empresários (299). Noutro estudo onde a CD-RISC com 25 itens foi aplicada a 744 enfermeiros de cuidados intensivos nos Estados Unidos, os resultados, de um modo similar, identificaram 3 fatores com uma variância explicada de 59%. Os fatores foram denominados de “competência pessoal”, “perseverança” e “liderança”, e todos os fatores tinham pesos importantes. Conhecidas diferenças entre grupos receberam confirmação, visto os enfermeiros de unidades de cuidados intensivos (UCI) com diagnóstico de PTSD terem uma resiliência total significativamente menor do que aqueles sem diagnóstico de PTSD. Os resultados demonstraram que a estrutura de 3 fatores fornecia, mais uma vez, o melhor ajustamento para os dados na versão abreviada da CD-RISC numa população de enfermeiros de UCI. São necessários mais estudos para examinar os aspetos de traços e capacidades da resiliência relacionados com esta população (300).



Não se pode falar em saúde mental positiva sem mencionar a resiliência, na medida em que ambas se focam na capacidade de adaptação e de fazer frente às circunstâncias adversas da vida, sendo que também a psicologia positiva coloca ênfase na capacidade do indivíduo apreciar a vida e criar um equilíbrio entre as atividades e os esforços desenvolvidos, numa perspetiva de resiliência psicológica (301).

#### 1.1.27 Marcadores genéticos

Há uma contribuição de fatores genéticos em praticamente todas as doenças humanas, quer nos aspetos de suscetibilidade ou resistência quer nos aspetos de gravidade e progressão. No entanto, a noção de gene causador foi substituída pela de complexidade genética, segundo a qual múltiplos genes associados a fatores não genéticos determinam um risco de doença. Os fatores genéticos influenciam muitos fenótipos complexos do foro psicológico, incluindo traços de personalidade, variação comportamental e doença mental. A arquitetura genética das funções psicológicas é extremamente complexa e refletida nas intrincadas conexões cerebrais e no extenso conjunto de comportamentos humanos. Os genes são críticos para o desenvolvimento dos circuitos gerais e função do cérebro, através do controlo de reações químicas entre células, através da formação de recetores de neurotransmissores e canais iónicos ou do controlo da migração de neurónios. Alterações na sequência do DNA em genes podem levar a alterações das funções proteicas, e a identificação das variantes genéticas e a análise dos seus efeitos pode levar a uma melhor compreensão do seu impacto na saúde e na doença. Este conhecimento é um ponto de partida para o desenvolvimento de biomarcadores de diagnóstico assim como para a identificação de alvos terapêuticos, com impacto na área da medicina personalizada no futuro (302).

#### 1.1.28 Saúde mental, emprego e desemprego

Embora o emprego esteja associado a benefícios para a saúde, relativamente ao desemprego, os aspetos psicossociais do trabalho também influenciam a saúde. Num estudo, investigou-se se os benefícios de ter um trabalho dependem da sua qualidade psicossocial (níveis de controlo, exigências e complexidade, insegurança laboral e salário

injusto) e se os trabalhos de baixa qualidade estão associados a melhor saúde mental do que o desemprego; os dados longitudinais foram obtidos de uma amostra de 7 155 respondentes em idade laboral e a partir de um inquérito a um painel nacional de agregados familiares e os resultados sugerem que, globalmente, os respondentes desempregados tinham uma saúde mental mais fraca do que os empregados; no entanto, é interessante notar que a saúde mental dos desempregados era comparável ou superior à dos que tinham empregos com pior qualidade psicossocial. Os benefícios para a saúde de tornar-se empregado dependiam da qualidade do emprego. Passar do desemprego a um emprego de alta qualidade levava a uma saúde mental melhorada; no entanto, a transição do desemprego para um emprego de fraca qualidade era mais prejudicial para a saúde mental do que manter-se desempregado. Deste modo, obter emprego pode não conduzir necessariamente a uma melhoria da saúde mental e bem-estar se a qualidade psicossocial do emprego não for considerada (303).

Em 24 países que participaram nos inquéritos *World Mental Health* (WMH) da OMS, foi levado a cabo um estudo onde os investigadores examinaram a importância relativa de perturbações físicas e mentais que ocorrem comumente para explicar os dias *out of role*, isto é, o número de dias em que uma pessoa está completamente incapaz de trabalhar ou levar a cabo atividades normais por causa de problemas de saúde. Entrevistas cara a cara foram conduzidas com uma amostra de 61 971 respondentes. A presença de dez perturbações físicas crónicas e nove perturbações mentais foi avaliada para cada respondente, juntamente com informação acerca do número de dias no mês anterior em que cada respondente referiu estar completamente incapaz de trabalhar ou de levar a cabo as suas outras atividades diárias normais devido a problemas com a saúde física ou a saúde mental. Os maiores efeitos a nível individual (dias *out of role* por ano) estavam associados a perturbações neurológicas (17.4%), perturbações bipolares (17.3%) e perturbação de *stress* pós-traumático (15.2%). As 19 doenças explicavam 62.2% de todos os dias *out of role*. Estados de saúde comuns, incluindo perturbações mentais, perfazem uma grande proporção do número de dias *out of role*, numa série de países e deveriam receber atenção no sentido de se melhorar consideravelmente a produtividade geral (304).

Num estudo empírico semelhante para investigar a importância relativa de perturbações físicas e mentais comuns com impacto no número de dias *out of role*, o

mesmo inquérito foi feito a 2 942 adultos em agregados familiares de uma amostra populacional de adultos em São Paulo, Brasil. Os resultados indicam que as perturbações que causavam o maior número de *out of role* ao nível individual eram as digestivas (22.6%), de humor (19.9%), de uso de substâncias (15%), de dor crónica (16.5%) e de ansiedade (14%). As perturbações, associadas a um *out of role* maior e atribuível à população, eram as perturbações de dor crónica (35.2%), de humor (16.5%) e de ansiedade (15.0%). As conclusões sugerem que se se considerar que a dor, a ansiedade e as perturbações de humor têm impacte relevante no indivíduo e na sociedade, é importante intervir com o objetivo de reduzir as limitações associadas a estas perturbações e, desse modo, reduzir os custos sociais da doença crónica na Área Metropolitana de São Paulo (305).

#### 1.1.29 Satisfação Laboral

Hoppock definiu satisfação laboral como qualquer combinação de circunstâncias psicológicas, fisiológicas e ambientais que levem a pessoa a dizer sinceramente “estou satisfeito(a) com o meu trabalho” (306). De acordo com esta abordagem, embora a satisfação laboral seja influenciada por muitos fatores externos, tem um aspeto interno que tem que ver com o modo como o empregado se sente. Ou seja, a satisfação laboral apresenta um conjunto de fatores que causam um sentimento de satisfação. Desde o trabalho seminal de Hoppock acerca da satisfação laboral em 1935, o interesse na situação laboral está relacionado com alguns factos específicos que tornem os trabalhadores mais produtivos (306) (307), trabalhem com mais qualidade (308) e melhorem a competitividade e o sucesso de uma empresa (309). Inversamente, trabalhadores insatisfeitos chegam com mais frequência atrasados ao trabalho, faltam ao trabalho e estão motivados para deixar a empresa (310). A satisfação laboral também é comumente definida como o “estado emocional agradável ou positivo resultante da avaliação que se faz do próprio emprego ou experiência no emprego” e também “o quanto as pessoas gostam (satisfação) ou desgostam (insatisfação) dos seus empregos” (311); além disso, a satisfação laboral representa uma interação entre trabalhadores e o seu ambiente de trabalho, de modo que os trabalhadores considerem haver congruência entre o que querem do emprego e a sua perceção do que recebem dele (312). Na verdade, a satisfação laboral é muitas vezes explicada através do paradigma do ajustamento pessoa-ambiente ou do modelo das

necessidades-satisfação (313). Quanto mais um emprego satisfaça as necessidades do trabalhador, maiores deveriam ser os seus níveis de satisfação laboral (314). A um nível europeu, o foco de investigação tem sido menos acerca de teorias tradicionais de satisfação laboral (60). Em vez disso, a satisfação laboral é tipicamente examinada como uma consequência do *stress* no local de trabalho e do modelo de exigências-controlo. A satisfação laboral é um tema dominante na literatura da psicologia organizacional, com numerosos estudos tentando compreender os antecedentes. Spector (315) lista três importantes características da satisfação laboral. Em primeiro lugar, as organizações deveriam ser guiadas por valores humanos. Tais organizações seriam orientadas para um tratamento justo e com respeito pelos trabalhadores. Nesses casos, a avaliação da satisfação laboral pode servir como bom indicador da efetividade dos empregados. Elevados níveis de satisfação laboral podem ser sinal de um bom estado emocional e mental dos empregados. Em segundo lugar, o comportamento dos trabalhadores dependente dos seus níveis de satisfação laboral afetará o funcionamento e as atividades dos negócios da organização. Daqui pode concluir-se que a satisfação laboral resultará num comportamento positivo e, em sentido inverso, a insatisfação com o trabalho resultará num comportamento negativo dos empregados. Em terceiro lugar, a satisfação laboral pode servir de indicador das atividades organizacionais (315). Manisera e os seus colegas fizeram um inquérito a 3 256 trabalhadores em Itália e verificaram que a promoção na carreira e as perspetivas de carreira tinham a relação mais forte com a satisfação laboral (316). No entanto, neste estudo também se observou que os superiores, os colegas, o crescimento, a independência, o reconhecimento, a variedade nas funções, o ambiente físico, os benefícios, o salário, as horas de trabalho e a certeza laboral também estavam fortemente relacionados com a satisfação laboral. Isto realça os numerosos fatores no local de trabalho que influenciam a satisfação no trabalho. De um modo geral, os investigadores organizaram os preditores em cinco categorias: fatores do trabalhador individual, apoio organizacional, superiores, colegas de trabalho e condições no trabalho (317). Num estudo empírico que visava analisar os efeitos do *burnout* numa amostra de 240 assistentes sociais registados em Espanha, os resultados confirmavam que o *burnout* influencia negativamente o apoio no local de trabalho, a satisfação laboral e a satisfação com a vida, além de que o apoio no local de trabalho tem um efeito positivo na satisfação laboral. O apoio no local de trabalho funciona como variável mediadora entre o *burnout* e a satisfação

laboral e atenua os efeitos do *burnout* na satisfação laboral e na satisfação com a vida entre os assistentes sociais (318). Num estudo empírico, os níveis de satisfação laboral, conflito de papéis e autonomia foram analisados numa amostra de 344 empregados de bancos gregos e instituições de crédito. Os resultados indicam que o conflito de papéis está negativamente correlacionado com a satisfação laboral e que a autonomia tem um papel moderador na relação entre conflito de papéis e satisfação laboral. Assim, os superiores e gerentes deveriam prestar bastante atenção para que a satisfação laboral entre os empregados bancários gregos seja aumentada e promovida, levando a maiores produtividade e bem-estar geral (319).

Num estudo transversal utilizando dados recolhidos do *Public Health Workforce Interests and Needs Survey (PH WINS)*, construiu-se uma amostra representativa, a nível nacional a partir de cinco regiões geográficas (emparelhando *Health and Human Services (HHS)* adjacentes [*US Department of Health and Human Services*]), e estratificada por população e tipo de governo do estado. O estudo foi conduzido de modo a explorar a relação entre a satisfação geral dos empregados e as características específicas do emprego e da agência de saúde, e para fazer recomendações relativas ao que as agências de saúde podem fazer para apoiar o recrutamento e a retenção. Os resultados indicaram que as características relacionadas com o apoio de supervisão e o apoio organizacional estavam altamente associadas a uma satisfação laboral aumentada. O nível de supervisão, a raça, a dimensão da organização e a estabilidade da agência também foram associados à satisfação laboral. As conclusões do estudo indicam que, para melhorar os níveis da satisfação laboral, os líderes da saúde pública deveriam concentrar-se no desenvolvimento e no esforço de formação da mão-de-obra, bem como no apoio adequado de supervisão, especialmente para recém-contratados e não-supervisores (320). Assistimos hoje a uma flexibilidade e uma competitividade maiores nos mercados europeus de trabalho e emerge a necessidade de se avaliarem as consequências do emprego contemporâneo. Num estudo europeu recente, que utilizou dados do *European Working Conditions Survey* de 2010, foi analisada a relação entre qualidade de emprego e a saúde e bem-estar dos trabalhadores europeus. As conclusões indicam que, entre os trabalhadores europeus com salário, o emprego flexível e não padronizado está tendencialmente associado a uma menor satisfação laboral, à saúde geral e à saúde mental. A qualidade do emprego está assim

identificada como um importante determinante social da saúde, gerando desigualdades, na Europa (321).

#### 1.1.30 Modelos de *stress* laboral

Conforme já descrito em 1.1.16, as mudanças ocorridas no padrão tradicional de trabalho e o desenvolvimento da informação e de tecnologias de comunicação, resultaram em novos riscos emergentes (322) (323) (324). Também de acordo com a perspectiva introduzida por Beck (147), as transformações ocorridas nas sociedades contemporâneas ocidentais têm sido acompanhadas pela produção social de riscos em diferentes domínios, nomeadamente, em riscos psicossociais no emprego.

Reforçando o já atrás apontado, a proliferação de novas formas flexíveis de trabalho, tais como contratos a termo certo; trabalho temporário; auto-emprego; trabalho em *part-time*; trabalhar em casa; teletrabalho, isto é, trabalho remoto ou trabalho à distância, em que o trabalho é realizado quando se estão a utilizar equipamentos que permitem que o trabalho efetivo tenha efeito num lugar diferente da empresa, podendo ser na casa do trabalhador (*home office*) ou junto a um cliente, mantendo o vínculo de emprego formal com uma organização (325); *outsourcing*, e trabalho *on call* (326) têm contribuído para uma precarização do trabalho o qual é considerado um importante determinante social que afeta a saúde não só de trabalhadores, como igualmente das famílias e comunidades (149).

### 1.1.30.1 Modelo de exigência-controlo ou Modelo Karasek e Theorell

Na área de estudos acerca das consequências do *stress* ocupacional na saúde, há pelo menos dois modelos com clara relevância no contexto académico. Um dos modelos mais populares é o modelo de exigência-controlo (165) (327) (328).

Assente numa perspetiva psicossocial do trabalho, o modelo de exigência-controlo (JDC – *Job demand control model*) dirige a atenção para as consequências na saúde de um ambiente psicossocial adverso no trabalho, em particular devido às seguintes dimensões: as exigências psicológicas do trabalho (tipicamente operacionalizadas em termos de aspetos quantitativos como a carga de trabalho e a pressão de tempo, incluindo também conflitos de papéis), enfrentadas pelos empregados, e o grau de controlo disponível para o desempenho das suas atividades laborais (também referidas no modelo como latitude de decisão) (329).

As exigências do trabalho focadas neste modelo correspondem aos riscos psicossociais do trabalho. Os empregados estão expostos a riscos associados à atividade laboral e ao ambiente laboral e, neste sentido, é importante mencionar alguns aspetos que integram a noção de exigências laborais e podem constituir um risco para a saúde dos empregados.

De acordo com Cox et al. (99), os riscos psicossociais podem ser definidos como “os aspetos da conceção, organização e gestão do trabalho, bem como os seus contextos social e ambiental, que têm o potencial de causar dano psicológico, social ou físico”.

Relacionados com este conteúdo laboral, há vários aspetos experienciados como *stressantes* e que, por outro lado, têm potencial de risco. Entre eles, contam-se baixo valor do trabalho, baixa utilização de aptidões, ausência de variedade de tarefas e repetitividade no trabalho, incerteza, falta de oportunidades para aprender, elevadas exigências de atenção, exigências conflitantes e recursos insuficientes (Kasl,1992) (99).

### 1.1.30.1.1 Controlo

O controlo é uma questão crucial na organização do trabalho, e também é considerado um fator de proteção na medida em que alarga os poderes dos empregados e fá-los sentir que têm um papel importante na organização, no planeamento e na tomada de decisão relacionados com o trabalho.

O modelo de exigência-controlo de Karasek enfatiza os efeitos benéficos para a saúde associados ao aumento do controlo dos empregados. Este modelo foca as inter-relações entre a quantidade de controlo permitida nas funções (ou latitude de decisão) e as exigências do trabalho e como elas interagem para influenciar o estado de saúde e o desenvolvimento de *stress* (330). De acordo com este modelo, o controlo constitui uma variável nuclear determinante dos níveis de *stress*, de comportamentos relacionados com a saúde e de consequências em termos de problemas de saúde.

A latitude de decisão (ou controlo) é um conceito importante no modelo JDC e está subdividida em dois aspetos: competências discricionárias (*skill discretion*) e autonomia de decisão (*decision authority*). O primeiro está relacionado com a oportunidade de uma pessoa utilizar aptidões específicas no processo laboral e, em oposição, o segundo refere-se à extensão da autonomia de uma pessoa em decisões relacionadas com tarefas, tais como o *timing* e o controlo dos métodos (331).

De acordo com Karasek e Theorell 1990 (citado em (237)), uma baixa latitude de decisão significa “*a falta de autoridade para tomar decisões relativas ao trabalho (a que se dá o nome de autonomia de decisão) e a impossibilidade de utilizar no trabalho as competências que se tem (a que se dá o nome de competências discricionárias)*” e assume uma maior importância, na medida em que é um possível preditor de doença e de reduzido bem-estar quando associada a exigências no contexto do local de trabalho. Assim, uma experiência de baixo controlo no trabalho ou de falta de controlo pode constituir um risco de *stress* e de problemas de saúde, traduzido em perturbações como ansiedade, depressão, apatia e exaustão, baixa autoestima e incidência aumentada de sintomas cardiovasculares (332) (333). Além disto, uma baixa latitude de decisão também pode ser um preditor de ideação suicida (118).



Contudo, um aumento da latitude de decisão pode ser um fator de proteção relativamente a comportamentos relacionados com a saúde e há evidência de uma associação positiva entre esta componente e a cessação tabágica entre homens (334).

O modelo coloca a hipótese de que uma exposição contínua a elevadas exigências laborais, em associação com uma baixa latitude de decisão (baixo controlo sobre as tarefas), tem efeitos prejudiciais sobre a saúde, principalmente reações adversas da pressão psicológica como a fadiga, a ansiedade, a depressão e a doença física (329). Esta situação ocorre num emprego classificado como “emprego de elevada pressão” (Figura 8) (165).

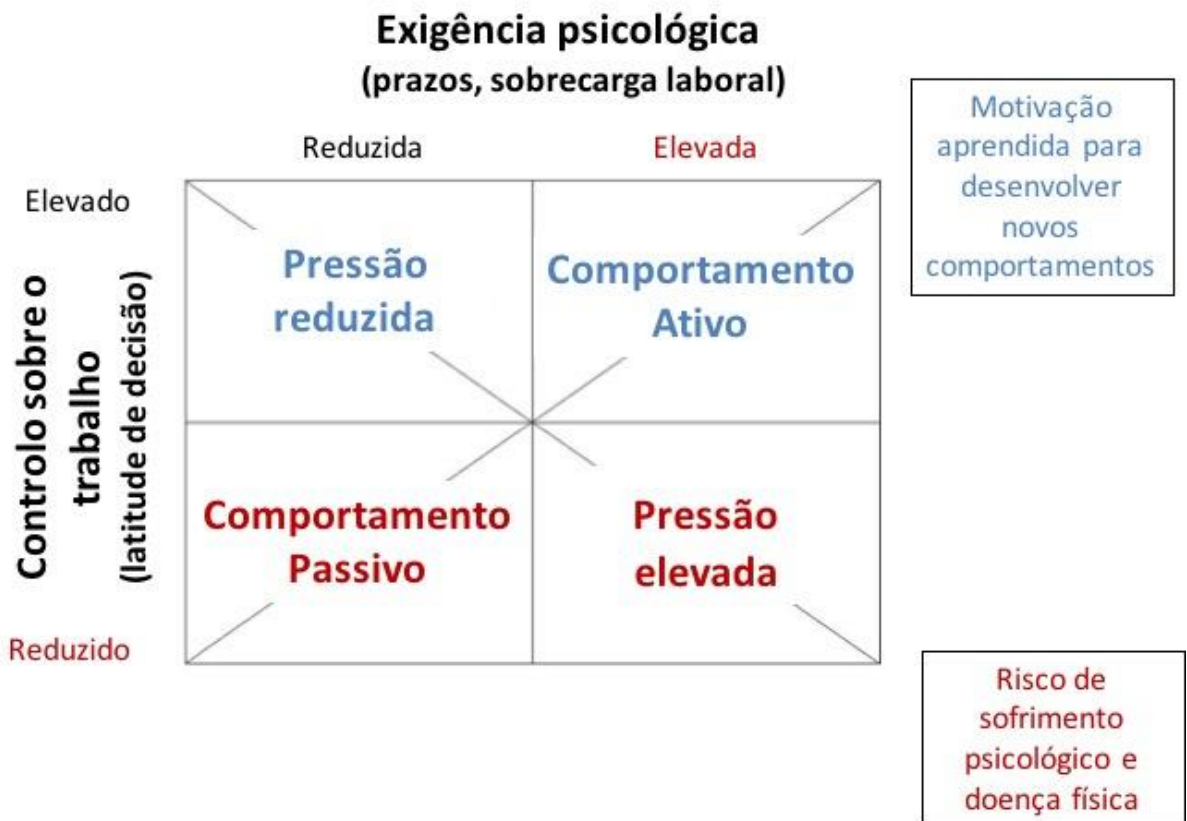


Figura 8. Modelo de pressão do emprego. Fonte: Karasek et al. (165)

No entanto, numa categoria de “comportamento/emprego ativo”, a latitude de decisão é elevada, o que significa que o empregado tem total autonomia relativamente ao modo como desempenha as suas tarefas e, também, ao desenvolvimento e uso das suas competências. Sendo também elevadas as exigências psicológicas, estas podem não ser tão prejudiciais (165) (329) (335). O termo “ativo” está relacionado com o facto de que os que

se encontram nesta categoria laboral foram considerados o grupo mais ativo, fora do trabalho, no tempo de lazer e nas atividades políticas, de acordo com o estudo de Karasek com as populações sueca e americana (165) (329).

Outro tipo de emprego classificado no modelo é o de “emprego de baixa pressão”, que está relacionado com elevados níveis de controlo (latitude de decisão) e poucas exigências psicológicas. Aqueles que trabalham nestas circunstâncias têm riscos mais baixos de problemas de saúde, pelo facto de o seu trabalho não ser tão árduo e desafiante ao ponto de não conseguirem dar conta dele (165).

Em contraste com o “comportamento/emprego ativo” já mencionado, o “comportamento/emprego passivo” constitui um tipo de emprego caracterizado por baixas exigências e baixa latitude de decisão. Trata-se de um contexto laboral muito pouco motivante que promove a falta de desenvolvimento de aptidões e um retrocesso nos conhecimentos previamente adquiridos (165) (329).

Para medir as dimensões de exigência e controlo, o modelo utiliza dois questionários padronizados: (1) o *Job Content Questionnaire* (JCQ) e (2) o *Demand Control Questionnaire* (DCQ).

O *Job Content Questionnaire* (JCQ) é um instrumento autoadministrado projetado para medir as características sociais e psicológicas dos empregos e tem uma extensão recomendada de 49 questões. O questionário utiliza as seguintes escalas, que são usadas para medir o modelo exigência/baixo controlo/baixo suporte no desenvolvimento da pressão no emprego: a) latitude de decisão, b) exigências psicológicas e c) suporte social (336). Por sua vez, o *Demand Control Questionnaire* (DCQ) é uma versão curta e modificada do JCQ, proposta por Theorell em 1988 e que reúne as três dimensões do JCQ: a) latitude de decisão, b) exigências psicológicas e c) apoio social, e contém 17 questões. Cinco questões medem as exigências psicológicas, seis questões medem a latitude de decisão e outras seis questões medem o apoio social (337) (338).

No entanto, de acordo com uma comparação entre diferentes versões das escalas de exigências e de controlo disponíveis em 17 estudos de coorte europeus, tanto escalas parciais sobre exigências do emprego e controlo, com pelo menos metade dos itens das escalas completas, como índices de pressão laboral baseados numa escala completa e

numa escala parcial, pareciam avaliar os mesmos conceitos subjacentes medidos pelas escalas completas (339).

O modelo de exigência-controlo está a ser utilizado em numerosos estudos epidemiológicos para avaliar características psicossociais do trabalho que estejam relacionadas com o risco de fraco bem-estar psicológico e problemas de saúde. Inicialmente, o modelo era utilizado para avaliar consequências como a depressão, a exaustão e a insatisfação com o trabalho (328), a seguir para a doença cardiovascular (340) (341) (342), problemas de saúde (343), perturbações do sono (344) (345) e absentismo por doença (173) (346).

Para avaliar o risco de depressão major e de ansiedade generalizada causadas por uma exposição a condições de trabalho *stressantes* (exigências psicológicas do trabalho, latitude de decisão no trabalho, baixo suporte social no trabalho, exigências físicas do trabalho), Melchior et al. (173) desenvolveram uma investigação com uma coorte de nascimento longitudinal à idade de 32 anos, nascida em Dunedin, Nova Zelândia. Concluíram que os participantes expostos a elevadas exigências psicológicas no emprego (carga laboral excessiva, pressões de tempo extremas) apresentavam um risco duas vezes superior de depressão major ou de ansiedade generalizada quando comparados aos que tinham baixas exigências no trabalho (riscos relativos ajustados para todas as características do trabalho: mulheres – 1.90 (95% IC 1.22–2.98); homens – 2.00 (95% IC 1.13–3.56)).

A latitude de decisão mais baixa é um importante indicador do ambiente psicossocial no trabalho para o incidente absentismo prolongado por doença, como sugere o estudo de Andrea et al. (174). Para determinar se o ambiente psicossocial no trabalho e os indicadores de problemas de saúde estão prospetivamente relacionados com doença incidente prolongada nos empregados que visitaram o médico de trabalho e/ou o médico de família por causa do trabalho, os autores concluíram que a presença de, pelo menos, uma doença prolongada (OR 2.36; 95% IC 1.29 a 4.29) e menores níveis de latitude de decisão (OR 1.69; 95% IC 1.22 a 2.38) eram os preditores mais fortes de absentismo por doença durante pelo menos um mês. Também Niedhammer et al. (119), baseando-se numa grande amostra nacional de 24 486 mulheres e homens da população laboral francesa, concluíram que baixos níveis de latitude de decisão e de suporte social, bem como elevadas

exigências psicológicas, eram fatores de risco para problemas de saúde autorrelatados e para prolongado absentismo por doença.

De acordo com o que foi descrito acerca do modelo, poderíamos verificar que se baseia numa abordagem simplista (347) focada nos efeitos moderadores da latitude de decisão na relação entre elevadas exigências laborais e a saúde e o bem-estar.

Embora este modelo bidimensional tenha assumido um papel proeminente na área do *stress* ocupacional, tem algumas questões metodológicas e já foram demonstradas certas limitações (nomeadamente, uma sobreposição concetual entre a medida das exigências e a variável psicológica em estudo; a suscetibilidade de enviesamento de autorrelato; o uso comum do modelo em planos transversais, o não fornecimento de informação sobre a causalidade das relações entre características do trabalho e o bem-estar) (348) e, de acordo com algumas críticas, não capta a complexidade dos ambientes laborais (349) e põe uma ênfase demasiado positiva no controlo, pois, para algumas pessoas com baixo sentido de autoeficácia, o controlo no emprego pode não ser visto como uma questão desejável mas antes como um agente de *stress* em si (350). A elevada simplicidade do modelo é a crítica mais apontada (117) por não incluir outras características psicossociais do trabalho igualmente importantes.

Por tudo isto, o modelo JDC foi expandido e reformulado por Johnson et al. (351) através do adição do suporte social relacionado com o trabalho como uma terceira e importante dimensão do ambiente laboral, de modo a complementar o modelo desenvolvido inicialmente por Karasek (327) (328). Este modelo expandido, denominado Modelo de exigência laboral-controlo-suporte (JCDS – *Job demand control support*] põe o foco no papel moderador da latitude de decisão (controlo) nos efeitos negativos das elevadas exigências, além de formular uma hipótese de atenuação, segundo a qual, o suporte social pode moderar o impacto negativo da elevada pressão na saúde e no bem-estar, apoiada pela evidência científica relativa ao efeito moderador ou de “atenuação” do suporte social (351).

O modelo de exigência-controlo-suporte também é chamado de “modelo de iso-pressão” e expande a hipótese da pressão, ao prever as consequências mais negativas nos empregos caracterizadas por elevada pressão combinada com baixo suporte ou isolamento

social (empregos 'iso-pressão') (338). Segundo a hipótese iso-pressão do modelo JDCS, os empregados, trabalhando em ambientes de elevada exigência, com baixo controlo e baixo suporte, irão experienciar o menor bem-estar (348).

A importância das dimensões contempladas pelo modelo JDC/JDCS como um fator principal na redução dos riscos psicossociais e de outras consequências relacionadas com a saúde tem sido sugerida em muitos estudos. Quanto ao absentismo laboral, Plaisier et al. (352) mostraram que certas características positivas do emprego, nomeadamente elevado controlo e elevado suporte, compensam o risco de absentismo laboral e os riscos de fraco desempenho.

Este modelo de *stress* laboral pode ser usado de modo a avaliar as condições psicossociais de ambientes laborais desafiantes, como o setor financeiro, e para investigar uma possível associação com o *burnout*, em particular quando combinado com outro modelo de *stress* laboral como o do Desequilíbrio Esforço-Recompensa (*Effort-Reward Imbalance Model*) (Siegrist, 1986). Num estudo transversal de 1 046 empregados bancários, levado a cabo no norte do Brasil, Valente et al. (353) concluíram que condições psicossociais adversas no local de trabalho, como uma pressão elevada, um baixo suporte social, e um esforço elevado/baixa recompensa e sobrecompromisso mostraram uma forte associação com níveis elevados e moderados de *burnout*, sendo estas associações independentes da idade, do género e de outras características ocupacionais.

No entanto, alguns estudos não apoiam o pressuposto de Karasek de que dar controlo aos trabalhadores prevenirá consequências negativas de *stress* (347).

Bakker et al. (349) sugerem uma ideia alternativa acerca das elevadas exigências laborais. De acordo com a forma original do Modelo de Exigência-Controlo, elevadas exigências laborais são percebidas como um fator com um impacto negativo na saúde e no bem-estar. No entanto, olhando para o estudo conduzido por estes autores, o prazer e o compromisso eram elevados quando os empregados eram confrontados com tarefas desafiantes e estimulantes ao mesmo tempo que tinham recursos suficientes à sua disposição. Isto sugere que as elevadas exigências laborais não são necessariamente negativas, uma vez que os empregados podem prosperar com elevadas exigências laborais e elevados recursos laborais.

Häusser et al. (331) atualizaram e alargaram uma revisão sistemática conduzida por Van der Doef et al. (354) com uma revisão cobrindo a investigação de 83 estudos publicados entre 1998 e 2007. Em linha com Van der Doef et al. (354), o estudo levado a cabo por Häusser et al. (331) revelou que se verificavam sempre os efeitos aditivos das exigências, do controlo e do apoio social no bem-estar psicológico geral quando a dimensão da amostra era suficientemente grande (todos os estudos utilizando amostras com mais do que 3000 participantes chegaram à conclusão de que há efeitos aditivos significativos). De 232 testes, 132 (57%) forneceram pelo menos apoio parcial aos efeitos aditivos, com uma taxa de apoio total de 42%. Melhor apoio aos efeitos aditivos foi obtido com maiores dimensões amostrais, mas isso pode variar de acordo com o plano de estudo (os estudos transversais são consistentes para efeitos aditivos relativamente ao bem-estar relacionado com o trabalho, mas as taxas de apoio foram mais baixas nos dados longitudinais). Por fim, quanto aos efeitos multiplicativos do modelo, esta revisão concluiu haver apoio insatisfatório aos efeitos interativos previstos pela hipótese de atenuação do modelo JDC/JDCS. Só 29 dos 97 testes (30%) deram apoio à interação exigência-controlo (apoio total: 13%) e quanto à interação de exigências, controlo e suporte social, apenas sete dos 52 testes (13%) forneceram apoio (apoio total: 3 estudos; 6%). É por esta razão, devido à falta de evidência empírica para apoiar a hipótese de atenuação, que Taris em 2006, citado em (331) refere ser esta uma ‘teoria zombie’ que persiste mesmo sem uma forte evidência científica a apoiá-la.

#### 1.1.30.2 Modelo do desequilíbrio esforço-recompensa ou modelo de Siegrist

O modelo do desequilíbrio esforço-recompensa (ERI – *Effort-Reward Imbalance Model*) foi teorizado por Siegrist et al. (355). Este modelo foi desenvolvido de acordo com uma perspetiva sociológica que tem em conta a relação entre o trabalho (em particular o tipo de trabalho, as características do trabalho e o ambiente do trabalho) e o trabalhador (características pessoais, valores e atitudes) e foca-se em como essa relação pode aumentar o risco de problemas de saúde. (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363)

O trabalho é um fenómeno complexo e assume um papel central na vida do indivíduo. Além da sua óbvia função socioeconómica que, de acordo com Jahoda (364), é a sua função manifesta, o trabalho tem algumas funções latentes tão importantes como a

manifesta. Estas funções latentes podem promover a autoimagem, a autoestima, o reconhecimento social, a segurança, a estruturação do tempo, o sentido de propósito, os contactos pessoais, o sentido de pertença e o desenvolvimento de aptidões e capacidades cognitivas (365) para aquisição de autoeficácia. Tanto a função manifesta como as funções latentes são percebidas pelos indivíduos como uma recompensa e um benefício resultantes do seu trabalho.

A relação entre trabalho e trabalhador é estabelecida por um contrato de acordo com o princípio de permuta social (i.e., reciprocidade) (366). Por outras palavras, o trabalhador dá o seu trabalho e investe o seu esforço para obter recompensas. Em particular, como mencionado no modelo ERI, as recompensas são distribuídas pelos trabalhadores através dos seguintes sistemas: (1) dinheiro, (2) estima e (3) oportunidades de carreira, incluindo a segurança laboral. Estes componentes mencionados estão associados à saúde e há vários estudos que focam os riscos de saúde causados pela sua falta, como acontece em circunstâncias de desemprego e trabalho precário (367) (368).

No entanto, quando os esforços são elevados e as recompensas são baixas, ocorre um desequilíbrio que estimula emoções negativas e respostas de *stress* continuado, em contraste com as emoções positivas evocadas por recompensas sociais apropriadas numa relação equilibrada entre o que é dado e o que é recebido, o que promove o bem-estar, a saúde e a sobrevivência (369). O modelo pressupõe algumas condições específicas no contexto laboral que levam à falha de reciprocidade, falha esta causada por um contrato incompleto entre empregador e empregado que mascara um conjunto inteiro de obrigações e benefícios pormenorizados (Fehr & Gächter, 2000, citado em (124)). Por um lado, estas condições específicas podem ser observadas num nível macro de análise em termos de progressos e desenvolvimentos atuais, ocorridos no mercado laboral ao longo das últimas décadas com o advento da globalização e que influenciam o mundo laboral (i.e., desenvolvimentos nas tecnologias de informação e comunicação; flexibilidade do mercado laboral – proliferação de trabalho atípico e acordos laborais não padronizados; precarização do trabalho; processos de *downsizing* e reestruturação) (145) (370) (371) (372). Por outro lado, as mesmas condições podem ser analisadas numa perspetiva microscópica, relativa aos indivíduos e às suas características pessoais relacionadas com o trabalho.

Além das recompensas laborais acima, Siegrist (373) introduz a noção de controlo do estatuto como uma importante gratificação aos empregados, devida à sua dimensão mais ampla. Esta é uma dimensão importante relacionada com a centralidade do trabalho na vida dos indivíduos, em particular com a posição ocupacional que promove a realização das funções autorreguladoras de uma pessoa, do sentido de mestria, da eficácia e da autoestima (373) e fornece um meio de distinção na sociedade. No entanto, a incerteza e a instabilidade do mercado laboral contemporâneo têm uma interferência direta no controlo dos indivíduos sobre as suas vidas ocupacionais, traduzida numa série de situações negativas para o empregado. Deste modo, a combinação entre um ambiente laboral exigente, mas inseguro, e quaisquer perspetivas de promoção ou benefícios resultam numa situação de elevado custo/baixo ganho que causa reações de sofrimento emocional contínuo para os empregados nesse tipo de situações (373).

Na descrição do modelo, Siegrist (373) distingue duas fontes diferentes de esforço no trabalho: (1) uma fonte extrínseca e (2) uma fonte intrínseca. A primeira refere-se a restrições externas relacionadas com o ambiente laboral, tais como as exigências e as obrigações da função. Em contraste, a fonte intrínseca está relacionada com as características e motivações do indivíduo para lidar eficazmente com as exigências do trabalho, tais como a necessidade de controlo e o sobrecompromisso (369) (373).

Como padrão pessoal para lidar com as exigências do trabalho, o modelo foca uma componente intrínseca chamada sobrecompromisso, como preditor de uma experiência de desequilíbrio entre elevados esforços e baixas recompensas. O conceito de sobrecompromisso é definido como um “conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que refletem um esforço excessivo combinado com um forte desejo de aprovação e estima” (374). Deste modo, o sobrecompromisso é uma importante dimensão do modelo, tal como o esforço e a recompensa. Segundo Siegrist et al. (375), as pessoas sobrecomprometidas com o seu trabalho têm maior propensão a exibir importantes fatores de risco cardiovascular, como tensão arterial elevada, lípidos aterogénicos, elevado nível de glicose e fibrinogénio ou manifestações subclínicas de doença cardiovascular.

O traço distintivo deste modelo é o foco nas componentes intrínsecas e extrínsecas, enquanto outros modelos (i.e., exigência do trabalho-controlo) focam exclusivamente os traços extrínsecos dos ambientes laborais e das condições de emprego.



A abordagem deste modelo combina três fontes de informação: (a) informação contextual derivada de fontes independentes; (b) informação descritiva fornecida pelos trabalhadores através de entrevistas estruturadas ou questionários e (c) informação avaliativa refletindo apreciação subjetiva (373). Tradicionalmente, o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa é operacionalizado numa medida de autorrelato padronizada com 23 itens, composta por três escalas: 'esforço' (escala de Likert com 6 itens), 'recompensa' (11 itens medindo os subcomponentes 'recompensa financeira', 'estima' e 'segurança laboral') e 'sobrecompromisso' (6 itens medindo a componente motivacional do esforço) (376). Devido à sua estrutura padronizada com pontuações comparáveis, este instrumento tem sido utilizado em muitos tipos diferentes de estudos e investigações, bem como em diferentes populações e contextos (p.ex. (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139)).

No entanto, também existe uma versão validada mais curta do instrumento original com propriedades psicométricas satisfatórias. Essa versão é composta por 16 itens e é considerada uma ferramenta interessante para estudos epidemiológicos de modo a avaliar os efeitos de condições laborais *stressantes* na saúde num contexto de globalização (377).

A aplicação do modelo ERI para medir os efeitos na saúde está bastante documentada. Originalmente, a relação entre o modelo e a saúde focava-se nas consequências cardiovasculares e há evidência direta obtida a partir de estudos observacionais epidemiológicos prospetivos no sentido de que condições com elevado custo/baixo ganho são um preditor importante de doenças cardiovasculares (373). Focando-se nas consequências cardiovasculares, Bosma et al. (340), usando a coorte Whitehall, concluem no seu estudo que homens e mulheres com esforços elevados e baixas recompensas têm riscos muito grandes de vir a ter doença coronária. Esse risco é cerca de três vezes maior do que o dos sujeitos com baixos esforços e elevadas recompensas (ORs variando entre 2.59 e 3.63). Além disso, o estudo também referiu uma comparação com o Modelo de Pressão Laboral de Karasek e mostrou que apenas uma componente do modelo (baixo controlo laboral) estava relacionada com consequências a nível de doença coronária, pelo que a validade preditiva deste modelo, comparada ao modelo ERI era menor neste estudo. No estudo levado a cabo por Aboa-Eboulé et al. (378), o modelo e a sua

componente de baixa recompensa foram associados a riscos aumentados de doença coronária entre homens de meia-idade, o mesmo não acontecendo com o esforço.

Os efeitos na saúde não se limitam a consequências cardiovasculares e há também evidência de perturbações psiquiátricas. Esforços elevados em combinação com baixas recompensas foram nitidamente associados a um risco aumentado de perturbação psiquiátrica (126). A experiência contínua de *stress* no trabalho ao longo do tempo e a experiência recente de *stress* laboral estão ambas associadas a um risco elevado de problemas de saúde mental, em particular risco de depressão, ansiedade e somatização (379). No entanto, Nielsen et al. (380), com base em dados obtidos com o ERI e covariáveis de 4 541 participantes do *Danish Work Environment Cohort Study 2000* com o *Danish National Prescription Registry*, não encontraram evidência de que o ERI seja um preditor de tratamento incidente com antidepressivos, contradizendo as conclusões prévias obtidas através do ERI e de autorrelatos de depressão.

Uma forte associação entre sintomas de depressão e desequilíbrio esforço-recompensa é verificada em diferentes profissionais, como os empregados bancários (353) (381) e prestadores de cuidados de saúde (382) (383). À parte os sintomas de depressão, há também uma associação com a morbilidade psicológica e a deficiente qualidade de vida física e psicológica no sexo feminino (384). Nos prestadores de cuidados de saúde, o desequilíbrio entre elevados esforços e baixas recompensas também está associado com relatos de piores cuidados prestados pelos médicos aos pacientes, embora os sintomas de depressão não tivessem afetado estas associações, de acordo com Loerbroks et al. (385).

Entre os empregados bancários, segundo um estudo desenvolvido na China (381), o esforço extrínseco, o sobrecompromisso e o conflito trabalho-família tiveram associações positivas com sintomas de depressão, enquanto a recompensa teve um efeito negativo nos sintomas de depressão. De acordo com os autores, isso pode ser explicado pelo facto de os empregados bancários, envolvidos numa profissão pertencente à área de serviços, raramente são compreendidos e valorizados pelos clientes, além de precisarem de atingir certos objetivos de desempenho. Por outro lado, aqueles que experienciam mais conflitos trabalho-família dedicam mais tempo e energia ao trabalho, o que interfere nas obrigações relacionadas com a família, provocando uma exaustão física e mental (381).

### 1.1.31 Conciliação entre trabalho e família

As relações trabalho-família (TF) / trabalho-vida foram identificadas como as principais causas de *stress* e a qualidade desta interface pode manifestar-se como um problema de saúde pública no século XXI (386).

Nos homens e nas mulheres, os problemas de saúde mental e as perturbações mentais comuns estão associados a conflitos trabalho-família (TF) e família-trabalho (FT) e aos conteúdos psicossociais dos múltiplos papéis no seio do trabalho e da família (387). Os empregados, tanto do sexo masculino como do sexo feminino, simultaneamente expostos a elevados níveis de *stress* laboral e exigências familiares apresentam um elevado risco de sofrer problemas de saúde mental, em particular a depressão (388). Pode haver diferenças de género nas relações longitudinais entre o conflito trabalho-família e os indicadores de satisfação e bem-estar, mais prejudiciais para a satisfação e o bem-estar das mulheres (389).

São vários os preditores do conflito trabalho-família. Há uma relação relativamente forte entre as exigências laborais e o conflito trabalho-família. Os recursos laborais são mais importantes na facilitação de conflitos trabalho-família e as exigências e recursos da comunidade têm efeitos modestos na facilitação do conflito trabalho-família (390). Papéis múltiplos não conduzem necessariamente a sofrimento. Às vezes conduzem a um aumento de realização (391). Variáveis demográficas como o sexo e o estado civil são fracas preditoras do conflito trabalho-família mas tendem a ter efeitos indiretos no WIF [*Work Interference with Family: Interferência do trabalho na Família*] e na FIW [*Family Intereference with Work: Interferência da Família no Trabalho*] (392). Isto é apoiado pelo uso de categorias sociais como moderadoras na literatura trabalho-família (393). Domínios não laborais como o número de crianças, a idade do filho mais novo, o estado civil e o emprego do cônjuge estão relacionados de um modo similar com a FIW e a WIF. Trabalhar mais horas está associado a uma maior perceção de assimetria trabalho-vida (394).

A saúde mental e a pressão no emprego são bons preditores da interferência do trabalho no conflito familiar. Fatores relacionados com o emprego, com a saúde e com o apoio social são preditores do conflito e da sinergia trabalho-família (51) (52) (53).

Há desigualdades na saúde entre donas de casa e mulheres empregadas. Numa amostra de mulheres com idades entre 25 e 64 anos, empregadas ou donas de casa a tempo inteiro, as trabalhadoras tinham um melhor estado de saúde do que as donas de casa e este padrão era mais consistente para mulheres de baixo nível educacional. Entre as trabalhadoras de baixo nível educacional, verificou-se que as exigências familiares tinham um efeito negativo na maioria dos indicadores de saúde e comportamentos relacionados com a saúde; já entre as trabalhadoras de nível educacional elevado e as donas de casa a tempo inteiro, essa associação era pequena ou não negativa. Entre as mulheres de baixo nível educacional, tanto nas trabalhadoras como nas donas de casa vivendo com pessoas idosas observou-se uma associação negativa com problemas de saúde e comportamentos relacionados com a saúde. Verifica-se uma interação entre exigências familiares (tamanho da residência, viver com filhos de idade inferior a 15 anos e viver com idosos), situação laboral e nível educacional na análise do impacto das exigências familiares na saúde das mulheres bem como no planeamento de políticas familiares e programas de promoção da saúde das mulheres (171).

#### 1.1.32 Avaliação de impacto na saúde mental e bem-estar

Metodologias no âmbito da avaliação de impacto na saúde (74) têm sido utilizadas em relação a estratégias de emprego, a nível Europeu (75) e também nacional, em países como Inglaterra, Alemanha, Irlanda e Holanda. A avaliação de impacto na saúde (AIS)/ (*health impact assessment/HIA*) é uma combinação de procedimentos, métodos e instrumentos, pelos quais uma política, programa ou projeto, do setor público ou privado, pode ser julgado, em termos dos seus potenciais efeitos na saúde da população, bem como quanto à distribuição desses efeitos na mesma população (76). Desde os trabalhos pioneiros de Scott-Samuel e Birley (77), até ao papel atual das recomendações resultantes da AIS para informação à decisão política, foi percorrido um longo caminho de práticas e investigação. Mais recentemente, a componente da saúde mental e do bem-estar, como parte integrante e indispensável da AIS e como elemento fundamental para se atingirem os objetivos preconizados na agenda de Lisboa, tem vindo a ser valorizada (55) (78) (79) (80) (81) (82) (395). Dado que o impacto de projetos e de políticas na saúde das populações pode ser direto, ou indireto, através dos sistemas de saúde, a avaliação de impacto na

saúde é complementada pela avaliação do impacto nos sistemas de saúde/AISS (*health systems impact assessment/HSIA*), constituindo uma avaliação de impacto integrada (83) (84) (85). A CDSS da OMS, na sua defesa pela equidade nas condições de emprego, vai ao encontro dos objetivos de uma avaliação de impacto para a equidade na saúde (*Health Equity Impact Assessment /HEIA*). A identificação de determinantes sociais da saúde, incluindo saúde mental, é uma base indispensável para se poder conduzir uma avaliação de impacto na saúde mental e bem-estar a fim de, *a priori*, se poderem avaliar os impactos positivos e negativos de uma dada intervenção.

A avaliação de impacto na saúde é uma área sobre a qual a autora da tese se tem debruçado, trabalhado e publicado, e é fundamental a sua aplicação antes da implementação de qualquer programa, nomeadamente, de promoção da saúde mental em contexto laboral.

#### 1.1.33 Realidade Portuguesa

Conforme referido atrás (1.1.16), em Portugal, os mercados laborais não fornecem resposta suficientemente adequada, para permitir aos indivíduos a capacidade de participação plena no mercado de trabalho, gerando rendimentos e alcançando a realização pessoal, nem proporcionam as condições necessárias para ajudar as famílias nos cuidados e educação dos filhos, podendo levar, inclusivamente, à decisão de ter filhos numa idade mais avançada e à redução nas taxas de natalidade.

Os horários de trabalho são quase inteiramente estabelecidos pela empresa, deixando aos empregados uma reduzida latitude de opções ou adaptação do seu tempo de trabalho (396).

Relativamente à percentagem de empresas permitindo que os empregados acumulem horas que lhes permitam folgar dias inteiros ou períodos mais longos, Portugal é um dos cinco países (a par da Hungria, Espanha, Itália e Grécia), de entre dezanove, em que isso é menos exequível (397).

A flexibilidade de horário de trabalho tem um impacto diferente no conflito trabalho-família consoante os países (398).

Investigações futuras deveriam estudar o impacto destas questões na saúde mental e no bem-estar.

Seguidamente, apresenta-se o enquadramento legal nacional.

#### 1.1.34 Legislação, trabalho e proteção da saúde

A legislação, entendida como o conjunto de normas escritas que regulam ou que ligam determinadas condutas, comportamentos e expectativas ao direito, procuram, através da sua implementação contribuir para a igualdade de tratamento entre os indivíduos e constituem um instrumento privilegiado de atuação do Estado, com vista à estabilidade social e prossecução dos seus objetivos.

Entre os deveres do Estado encontra-se o dever de proteção da saúde, seja da saúde coletiva – saúde pública – seja da saúde de cada um dos indivíduos. Esta afirmação encontra expressão em diferentes ordenamentos jurídicos nacionais e internacionais.

No caso português, o direito comunitário, ou direito da União, como alguns autores referem, contempla a proteção da saúde enquanto pilar essencial do ordenamento jurídico europeu, estando os Estados Membros obrigados a proteger a saúde em todas as políticas, *“Na definição e execução das suas políticas e ações, a União tem em conta as exigências relacionadas com a promoção de um nível elevado de emprego, a garantia de uma protecção social adequada, a luta contra a exclusão social e um nível elevado de educação, formação e protecção da saúde humana”*<sup>6</sup>.

De igual forma, o artigo 35.º da Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia, determina sob a epígrafe *“Protecção da saúde”*, que *“Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União é assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana”*<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Tratado de Lisboa, artigo 5.º A, disponível em [http://publications.europa.eu/resource/cellar/688a7a98-3110-4ffe-a6b3-8972d8445325.0018.02/DOC\\_19](http://publications.europa.eu/resource/cellar/688a7a98-3110-4ffe-a6b3-8972d8445325.0018.02/DOC_19)

<sup>7</sup> Disponível em <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/1.pdf>

No que se refere ao ordenamento jurídico nacional, o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa<sup>8</sup>, “Saúde”, reconhece a proteção da saúde como um direito fundamental reconhecido a todos os indivíduos.

Determina a alínea b) do n.º 2 do artigo 64.º, que o direito à proteção da saúde, se realiza, para além de outras, “*Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável*”.

No que se refere às condições de trabalho e à proteção da saúde, positiva o artigo 59.º da Constituição (“*Direitos dos trabalhadores*”) que estes têm direito à “*A organização do trabalho em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal e a permitir a conciliação da actividade profissional com a vida familiar*” (n.º 1, al. b); à “*A prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde*” (n.º 1, al. c), e ainda o direito “*Ao repouso e aos lazeres, a um limite máximo da jornada de trabalho, ao descanso semanal e a férias periódicas pagas*” (n.º 1, al. d).

O n.º 2 deste preceito, atribui ainda ao Estado o ónus de regular as condições de trabalho, remuneração e repouso a que os trabalhadores têm direito, seja através da fixação dos limites da duração do trabalho, do desenvolvimento de uma rede de centros de repouso e de férias, ao da adoção de regimes especiais de “*protecção do trabalho das mulheres durante a gravidez e após o parto, bem como do trabalho dos menores, dos diminuídos e dos que desempenhem actividades particularmente violentas ou em condições insalubres, tóxicas ou perigosas*”.

No entanto, as iniciativas legislativas com impacto na saúde dos trabalhadores não se esgotam nas normas enunciadas. Inúmeros normativos e preceitos têm impacto na saúde dos trabalhadores e suas famílias; veja-se os regimes de proteção da parentalidade ou de doença dos trabalhadores, ou até as novas regras de proteção de combate ao assédio em contexto de trabalho (“*mobbing*”) introduzidas em anos recentes, quer na legislação laboral privada (Código do Trabalho), quer na Legislação de Trabalho em Funções Públicas,

---

<sup>8</sup> Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art64>

que veio obrigar as entidades empregadoras a elaborar e implementar códigos de boa conduta, bem como a desencadear e instaurar os procedimentos disciplinares adequados, sob pena de incorrer em contraordenação grave<sup>9</sup>.

Retomando a proteção da parentalidade, a própria alteração da designação reflete o percurso percorrido por este instituto jurídico, iniciado em 1976 com a consagração do “direito à licença de parto no total de 90 dias”, até às atuais normas previstas nos artigos 33.º e seguintes do Código de Trabalho<sup>10</sup>, aplicáveis também aos trabalhadores em funções públicas por remissão expressa do artigo 4.º, n.º 1, al. d) da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas<sup>11</sup>.

De facto, a maternidade e a paternidade (atualmente parentalidade), são considerados valores fundamentais e estruturantes, socialmente relevantes, que devem ser protegidos e salvaguardados pelo Estado nas suas iniciativas, conforme decorre dos artigos 36.º e 67.º e 68.º da Constituição<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto, que veio reforçar o quadro legislativo para a prevenção da prática de assédio, procedendo à décima segunda alteração ao Código do Trabalho, aprovado em anexo à Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, à sexta alteração à Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, e à quinta alteração ao Código de Processo do Trabalho, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 480/99, de 9 de novembro. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/108001409/details/maximized>

<sup>10</sup> <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34546475/view?q=Codigo+do+trabalho>

<sup>11</sup> <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/57466875/view?w=2017-08-16>

<sup>12</sup> Ibidem *iii*).



Portugal, como a generalidade dos designados países desenvolvidos, debate-se nas últimas décadas com um decréscimo acentuado da natalidade, com o consequente envelhecimento da população e consequências sociais e económicas importantes a médio e longo prazo. No entanto, o problema da proteção da parentalidade apresenta igualmente consequências no imediato com reflexos na saúde física e mental dos próprios trabalhadores, mas de igual forma na saúde física e mental dos seus filhos.

De facto, um longo caminho tem sido percorrido no que se refere a estas matérias<sup>13</sup>. A primeira grande mudança surgiu em 2009, momento em que para além de um esforço de compilação, se verificou um alargamento da duração das licenças, um aumento dos incentivos, e uma maior abertura às licenças partilhadas entre mães e pais, tendência que se mantém na atual legislação laboral e da segurança social.

## **1.2 Modelo concetual do tema central da tese**

Com base na revisão da literatura e no tema central que se pretende estudar na tese há três grandes dimensões neste modelo concetual (Figura 9):

1. Indivíduo e família (p. ex., características sociodemográficas, constituição do agregado familiar);
2. Trabalho/Emprego (p. ex., sobrecarga e exigência laboral, latitude de decisão ou controlo, relações no trabalho, satisfação com o trabalho);
3. Saúde (p. ex., física, mental, comorbilidade).

Importa também, desde já, clarificar e sintetizar conceitos referidos na revisão da literatura e introduzidos em capítulos seguintes, tais como determinantes e fatores de risco (conceitos em saúde pública), mediadores e preditores (conceitos em estatística):

Determinantes – fatores que influenciam o estado de saúde de populações e indivíduos, afetando quer a resposta individual, quer a prevalência de doença, e

---

<sup>13</sup> Para uma análise da evolução do uso de licenças de parentalidade entre 2005 e 2016, veja-se <http://citp.ex.ov.pt/pt/acite/protecparent006.html>

contribuem para a existência de assimetrias e desigualdades entre os indivíduos. Os determinantes são geralmente entendidos como variáveis independentes.

Fatores de risco – eventos, características ou entidades que levam a uma probabilidade aumentada de alteração numa condição de saúde ou num resultado definido. São fatores de risco os determinantes que funcionam contra o estado de saúde do indivíduo.

Mediadores – variáveis que causam “mediação” (completa ou parcial) nas variáveis dependentes e independentes, isto é, explicam a relação entre estas duas variáveis.

Preditores – variáveis que podem ser usadas para prever o valor de outras variáveis.

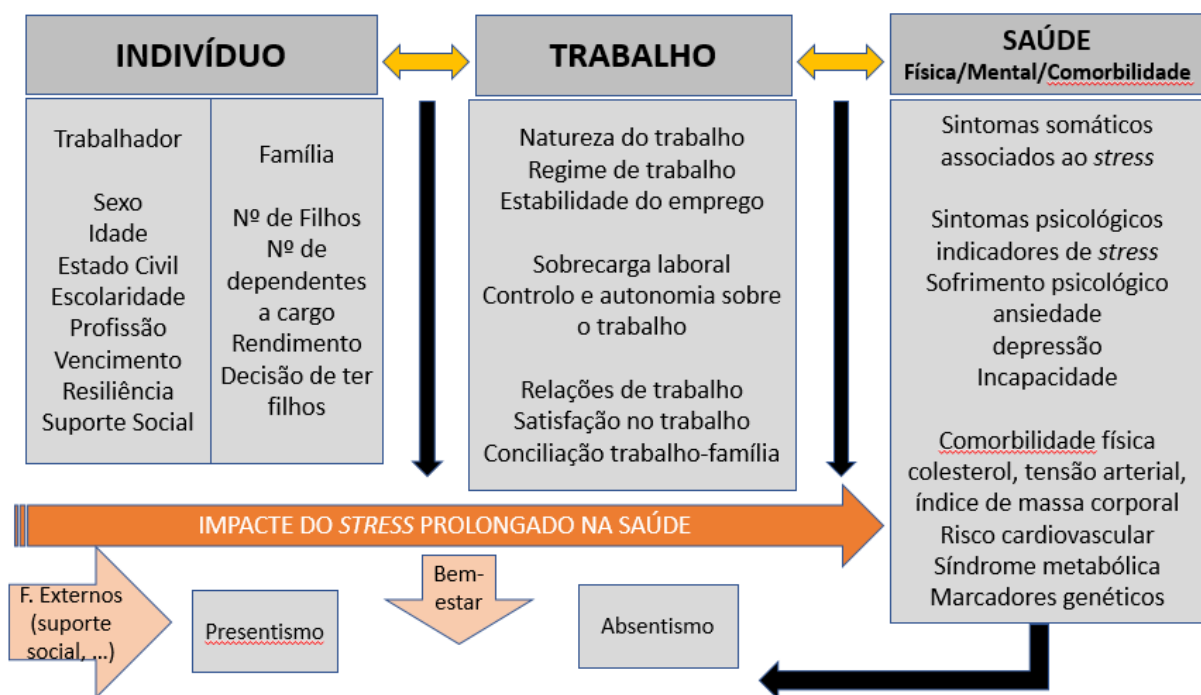


Figura 9. Modelo conceitual do tema central da tese: Impacte do stress em contexto laboral na saúde



**CAPÍTULO 2**  
**OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES DE**  
**INVESTIGAÇÃO**



## Capítulo 2 – OBJETIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A finalidade deste trabalho é contribuir para o conhecimento dos fatores psicológicos, sociais e biológicos, em contexto laboral, com impacte, direto ou indireto, na saúde mental e bem-estar do trabalhador, bem como no seu desempenho profissional e consequente produtividade da organização.

Partiu-se da experiência pessoal e profissional nestas áreas, da evidência colhida na revisão da literatura, em que se expuseram uma série de aspetos relativos à temática da tese - saúde mental e trabalho - e se delimitou o cenário onde decorreria o estudo central, estabeleceram-se objetivos, e colocaram-se questões e hipóteses de investigação.

As questões iniciais, mais gerais, foram sendo progressivamente estreitadas para poderem ser operacionalizadas. Algumas questões foram dirigidas a problemas, já estudados, mas agora abordados numa perspetiva diferente, envolvendo novas metodologias e abordagens conceituais, uma delas o aliar a componente psicossocial e a componente biológica na mesma tese, assim como recorrer a outros instrumentos de avaliação, até então, não disponíveis em Portugal.

Acima de tudo, procurou-se ter sempre presente qual o potencial impacte e benefícios a obter para as populações em geral, e para as estudadas em particular.

### 2.1 Objetivos gerais

São objetivos gerais do estudo da tese:

- Caracterizar, numa amostra de trabalhadores, fatores organizacionais (no trabalho e na conciliação trabalho-família), psicossociais e biológicos, com impacte no desempenho profissional desses trabalhadores, medido pelo presentismo.
- Identificar presentismo, absentismo e sofrimento psicológico.
- Determinar a relação entre fatores biopsicossociais, saúde mental e bem-estar, resiliência e presentismo.

## 2.2 Objetivos específicos

Consideraram-se objetivos específicos operacionais (a serem estudados com testes estatísticos) e, dentro destes, objetivos principais e secundários.

Os objetivos específicos principais vão corresponder ao estudo das hipóteses centrais e à análise estatística principal.

Os objetivos específicos secundários vão corresponder ao estudo das hipóteses secundárias e a análises secundárias (variáveis complementares, subgrupos) e não dependem da verificação das hipóteses principais. Nos objetivos secundários, serão incluídos: a tradução e/ou validação de instrumentos utilizados na tese; caracterização de prevalências (presentismo e absentismo) e a determinação da associação entre algumas variáveis (absentismo e presentismo, e entre absentismo e sofrimento psicológico).

Dentro dos objetivos específicos (listados de 1 a 16), foram igualmente considerados objetivos de caracterização (objetivos 1, 2, 3, 4, 5 e 11), em que se pretendeu efetuar uma análise descritiva, e objetivos explanatórios (objetivos 6, 7, 8, 9, 10, 12 e 13) com o intuito de compreender e explicar um fenómeno (tal como a saúde mental, a resiliência e o presentismo). Os objetivos 14, 15 e 16 são de validação de instrumentos usados nos estudos e não dão resposta a questões de investigação.

Dentro da ótica de objetivos específicos de caracterização e explanatórios, consideraram-se os seguintes objetivos específicos:

### *Objetivos específicos de caracterização*

*Objetivo 1:* Caracterizar a amostra de trabalhadores do estudo (numa organização bancária mutualista).

*Objetivo 2:* Caracterizar a prevalência de presentismo.

*Objetivo 3:* Caracterizar a prevalência de absentismo.

*Objetivo 4:* Caracterizar a prevalência de sofrimento psicológico.

*Objetivo 5:* Caracterizar a auto-perceção do estado de saúde e de preditores da perceção de saúde.

*Objetivo 11:* Determinar os parâmetros antropométricos, de pressão arterial, bioquímicos e genéticos na amostra de trabalhadores do estudo.

*Objetivos específicos explanatórios*

*Objetivo 6:* Determinar a associação entre absentismo e presentismo.

*Objetivo 7:* Determinar a associação entre absentismo e sofrimento psicológico.

*Objetivo 8:* Avaliar e quantificar o impacto de variáveis - sociodemográficas, estilo de vida, clínicas, genéticas e os resultados obtidos para escalas psicométricas selecionadas - sobre a resiliência.

*Objetivo 9:* Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência.

*Objetivo 10:* Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência.

*Objetivo 12:* Analisar o papel mediador da saúde mental na relação entre as dimensões 'percepções sobre o trabalho' e o presentismo absoluto.

*Objetivo 13:* Estudar o papel mediador da saúde mental na relação entre o compromisso, do trabalhador face à organização e da organização face ao trabalhador, e o presentismo absoluto.

*Objetivos específicos de validação de instrumentos usados nos estudos*

*Objetivo 14:* Validar as propriedades psicométricas e fatoriais do ASSET.

*Objetivo 15:* Validar as propriedades psicométricas e fatoriais do CD-RISC.

*Objetivo 16:* Validar as propriedades psicométricas e fatoriais da Escala de Satisfação no Trabalho (versão de 7 itens).

Para lá do estudo global da tese, foram também realizados oito estudos parcelares a fim de se responder a questões e objetivos específicos.

### 2.3 Questões e hipóteses de investigação e articulação com os objetivos específicos

Ao se colocarem as questões, teve-se em mente a exequibilidade, o interesse, o caráter de inovação, a relevância e os aspetos éticos das mesmas.

Relativamente às hipóteses, H0 é a hipótese nula e H1 a hipótese alternativa.

Questão de investigação 1: Qual a associação entre fatores psicossociais e biológicos, em contexto laboral, e a resiliência, numa amostra de trabalhadores?

#### OBJETIVOS 8 e 11

*Objetivo 8:* Avaliar e quantificar o impacto de variáveis - sociodemográficas, estilo de vida, clínicas, genéticas e os resultados obtidos para escalas psicométricas selecionadas - sobre a resiliência.

*Objetivo 11:* Determinar os parâmetros antropométricos, de pressão arterial, bioquímicos e genéticos na amostra de trabalhadores do estudo.

#### Hipóteses de investigação para a questão 1

Perante a questão 1, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

HI.0: Não há preditores, psicossociais e biológicos, de maior e menor resiliência nos trabalhadores.

HI.1: Há preditores, psicossociais e biológicos, de maior e menor resiliência nos trabalhadores.

Questão de investigação 2: Qual o papel da saúde mental na relação entre as perceções do trabalhador sobre o trabalho e o presentismo?

#### OBJETIVO 12

*Objetivo 12:* Analisar o papel mediador da saúde mental na relação entre as dimensões 'perceções sobre o trabalho' e o presentismo absoluto.

#### Hipóteses de investigação para a questão 2

Perante a questão 2, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:



HI.0: Os *stressores* organizacionais (determinantes psicossociais) não têm impacto no presentismo absoluto, através do efeito do bem-estar psicológico dos trabalhadores.

HI.2: Os *stressores* organizacionais (determinantes psicossociais) têm impacto no presentismo absoluto, através do efeito do bem-estar psicológico dos trabalhadores.

Isto é, a saúde mental positiva tem um efeito indireto (“mediadora”) entre o contexto laboral (conjunto de variáveis independentes) e o presentismo (variável dependente), (entendendo-se presentismo como a situação em que o trabalhador está no seu local de trabalho, mas a qualidade deste é má devido a problemas de saúde e/ou saúde mental, havendo assim um menor desempenho e uma menor produtividade).

Questão de investigação 3: Qual o papel da saúde mental na relação entre as atitudes e crenças do trabalhador face à organização e o presentismo?

#### OBJETIVO 13

*Objetivo 13*: Estudar o papel mediador da saúde mental na relação entre o compromisso, do trabalhador face à organização e da organização face ao trabalhador, e o presentismo absoluto.

#### Hipóteses de investigação para a questão 3

Perante a questão 3, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

HI.0: O efeito das variáveis ‘compromisso do colaborador face à organização’ e do ‘compromisso da organização face ao colaborador’, no presentismo absoluto, não é mediado pela saúde mental.

HI.3: O efeito das variáveis ‘compromisso do colaborador face à organização’ e do ‘compromisso da organização face ao colaborador’, no presentismo absoluto, é mediado pela saúde mental.

A saúde mental tem um efeito indireto (“mediadora”) entre o contexto laboral (conjunto de variáveis independentes) e o presentismo (variável dependente).

Questão de investigação 4: Quais os preditores de saúde na auto-perceção do estado de saúde?

#### OBJETIVO 5

*Objetivo 5:* Caracterizar a auto-perceção do estado de saúde e de preditores da perceção de saúde.

#### Hipóteses de investigação para a questão 4

Perante a questão 4, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

HI.0: Menos de metade da população da amostra não tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa.

HI.4: Menos de metade da população da amostra tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa.

Questão de investigação 5: Qual a influência do equilíbrio trabalho-família na resiliência?

#### OBJETIVOS 9 E 10

*Objetivo 9:* Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência.

*Objetivo 10:* Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência.

#### Hipóteses de investigação para a questão 5

Perante a questão 5, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação (HI.5 i e HI.5 ii):

HI.0 i) Não há diferenças de resiliência consoante o sexo.

HI.5 i) Há diferenças de resiliência consoante o sexo.

HI.0 ii) Não há diferenças de resiliência consoante o grupo funcional (*blue-collars* são menos resilientes).

HI.5 ii) Há diferenças de resiliência consoante o grupo funcional (*blue-collars* são menos resilientes).

Questão de investigação 6: Há associação entre absentismo e presentismo?

OBJETIVO 6

*Objetivo 6*: Determinar a associação entre absentismo e presentismo.

Hipóteses de investigação para a questão 6

Perante a questão 6, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

HI.0: Não há associação entre presentismo e absentismo.

HI.6: Há associação entre presentismo e absentismo.

Questão de investigação 7: Há associação entre absentismo e sofrimento psicológico?

OBJETIVO 7

*Objetivo 7*: Determinar a associação entre absentismo e sofrimento psicológico.

Hipóteses de investigação para a questão 7

Perante a questão 7, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação:

HI.0: Não há associação entre absentismo e sofrimento psicológico.

HI.7: Há associação entre absentismo e sofrimento psicológico.

Questão de investigação 8: Como se caracterizam o presentismo, absentismo e sofrimento psicológico?

OBJETIVOS 1, 2, 3 e 4

*Objetivo 1:* Caracterizar a amostra de trabalhadores do estudo (numa organização bancária mutualista).

*Objetivo 2:* Caracterizar a prevalência de presentismo.

*Objetivo 3:* Caracterizar a prevalência de absentismo.

*Objetivo 4:* Caracterizar a prevalência de sofrimento psicológico.

#### Hipóteses de investigação para a questão 8

Perante a questão 8, colocam-se as seguintes hipóteses de investigação (HI.8 i e HI.8 ii):

HI.0 i) Não há mais presentismo do que absentismo.

HI.8 i) Há mais presentismo do que absentismo.

HI.0 ii) As mulheres não têm mais absentismo e mais sofrimento psicológico.

HI.8 ii) As mulheres têm mais absentismo e mais sofrimento psicológico.

De futuro, referir-se-ão as hipóteses de investigação como não atingidas (H0 aceite e H1 rejeitada), parcialmente atingidas (rejeitando a H0 e rejeitando a H1) ou atingidas (H0 rejeitada e H1 aceite).

### Articulação das questões de investigação com os objetivos específicos

A tabela 1 esquematiza a correspondência entre as questões de investigação enumeradas no capítulo 2.3 e os objetivos específicos:

**Tabela 1.** Correspondência entre as questões de investigação enumeradas anteriormente, e os objetivos específicos

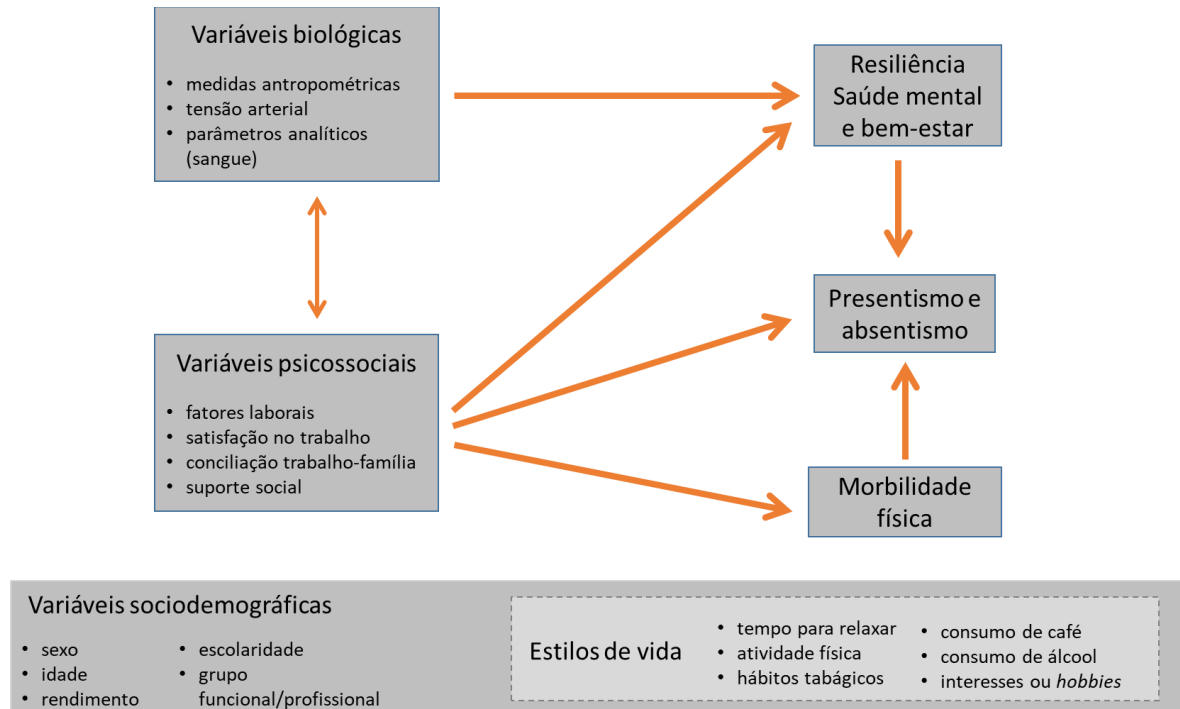
<b>Questão de investigação</b>	<b>Objetivo específico</b>
1- Associação entre fatores psicossociais e biológicos, e a resiliência	8- Avaliar e quantificar o impacto de variáveis-sociodemográficas, estilo de vida, clínicas, genéticas e outras - sobre a resiliência 11- Determinar parâmetros antropométricos, pressão arterial, bioquímicos e genéticos
2- Papel da saúde mental na relação entre as percepções do trabalhador sobre o trabalho e o presentismo	12- Analisar o papel da saúde mental na relação entre as dimensões 'percepções sobre o trabalho' e o presentismo absoluto
3- Papel da saúde mental na relação entre as atitudes e crenças do trabalhador face à organização e o presentismo	13- Estudar o papel da saúde mental na relação entre o compromisso, do trabalhador face à organização e da organização face ao trabalhador, e o presentismo absoluto
4- Preditores de saúde na auto-perceção do estado de saúde	5- Caracterizar a auto-perceção do estado de saúde e de preditores da percepção de saúde
5- Influência do equilíbrio trabalho-família na resiliência	9- Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência 10- Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência
6- Associação entre absentismo e presentismo	6- Determinar a associação entre absentismo e presentismo
7- Associação entre absentismo e sofrimento psicológico	7- Determinar a associação entre absentismo e sofrimento psicológico
8- Como se caracterizam o presentismo, absentismo e sofrimento psicológico	1- Caracterizar a amostra de trabalhadores do estudo 2- Caracterizar a prevalência de presentismo 3- Caracterizar a prevalência de absentismo 4- Caracterizar a prevalência de sofrimento psicológico

### 2.4 Construção do modelo de análise

Na sequência da identificação dos objetivos e das questões e hipóteses de investigação, foi elaborado um modelo de análise (Figura 10). Este modelo comporta variáveis psicossociais e variáveis biométricas, nas quais se incluem variáveis genéticas.

Relativamente à resiliência, esta é entendida como um “traço” da saúde mental positiva, de proteção do indivíduo. Embora ela surja no modelo como variável dependente, noutros estudos aparece igualmente como independente, e como intermédia ou de mediação. Dada a sua relevância, já desenvolvida na Introdução, utilizou-se como medida específica o instrumento CD-RISC. Além disso, foram identificados preditores de resiliência, importantes para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental.

A Figura 10 esquematiza, de forma sintética, o modelo de análise para se estudar a relação entre as variáveis.



**Figura 10.** Modelo de análise



## **CAPÍTULO 3**

### **MATERIAIS E MÉTODOS**





## Capítulo 3 - MATERIAIS E MÉTODOS

### 3.1 Desenho do Estudo

De modo a identificar determinantes biopsicossociais ligados ao trabalho e à conciliação trabalho-família, com impacte no presentismo e no absentismo, foi realizado um estudo observacional transversal, de carácter exploratório, epidemiológico, com uma amostragem não aleatória, de conveniência, com 405 trabalhadores do Montepio Geral.

O Montepio Geral é, desde 1840, uma Associação Mutualista com mais de 530 mil associados, sendo uma das maiores mutualidades portuguesas e, atualmente, é formada por um conjunto de empresas que formam um grande grupo: o Grupo Montepio. O Montepio assume a dupla qualidade de empresa e de mutualidade, posicionando-se entre o setor solidário e o lucrativo e, como parceiro do Estado, no desenvolvimento sustentado de uma política de inclusão, apresentando um papel de agente dinamizador da Economia Social.

Fundada em 1844, como entidade anexa à Associação Mutualista Montepio Geral, a Caixa Económica Montepio Geral (CEMG) é a entidade que gere a atividade bancária.

O convite, inicialmente feito à Administração, foi encaminhado para o departamento de Recursos Humanos da CEMG e, prontamente, recebido e aceite, tendo sido estabelecida a colaboração e articulação com a equipa de Segurança e Saúde no Trabalho (SST).

Após envio de proposta de realização deste estudo, inserido no projeto *Avaliação de Impacte na Saúde de Estratégias do Emprego (AIS)*, ao Montepio Geral, foi-nos dito que o ponto focal da CEMG seria a SST, a qual obteve autorização junto da Administração da CEMG e da Direção de Recursos Humanos para implementação do trabalho de campo da tese.

Deste modo, a equipa de SST da CEMG estabeleceu a colaboração interinstitucional e assegurou a articulação entre a associação mutualista CEMG e o IMP/FM-UL, através do acesso à listagem de colaboradores, do apoio estratégico e logístico relativamente ao acesso a uma amostra de colaboradores, bem como através da sensibilização e divulgação do referido projeto e estudo, incluindo a disponibilização de instalações adequadas para

colheita de sangue, medições antropométricas, medição de pressão arterial e aplicação de uma escala em papel. A equipa de SST facilitou, ainda, o acesso e autorização de utilização dos endereços eletrónicos institucionais dos colaboradores para viabilização do envio de um questionário eletrónico pessoal e intransmissível.

Entre 2 de novembro de 2012 e 4 de julho de 2013 foi conduzido um estudo transversal observacional nas instalações da CEMG em diversos polos de colheita de dados e em diferentes Direções (centrais e comerciais, e em balcões), consoante a taxa de participação (Baixa, Laranjeiras, Alfragide, Algés e Balcões de Lisboa).

A todos os participantes foi aplicado um inquérito com inclusão de um questionário de preenchimento eletrónico, uma escala em suporte de papel (por exigência do autor desta escala, especificamente), medições antropométricas, medição da tensão arterial e colheita de sangue para parâmetros biológicos.

### 3.1.1 Pré-teste

No período decorrido entre 17 de agosto e 4 de setembro de 2012, previamente à recolha de dados, foi realizado o pré-teste do trabalho de campo no Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis (DPSPDNT) no INSA, IP.

O pré-teste teve por objetivo principal aplicar os instrumentos que correspondem à componente psicossocial do inquérito, designadamente: a Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC) e o questionário eletrónico no qual estão inseridos, entre outros, instrumentos que foram traduzidos para a língua portuguesa (ASSET, Escala de Suporte Social OSLO-3, Escala de Felicidade Subjetiva).

A partir de uma lista de todos os colaboradores do DPSPDNT, INSA, IP, a equipa de investigação selecionou aleatoriamente 10 participantes, aos quais foram aplicados os referidos instrumentos.

Deste modo, foi possível testar a acessibilidade da escala e do questionário relativamente à objetividade e clareza das questões. Foi calculado o tempo de preenchimento de ambos, testada a interface no envio do questionário para o correio eletrónico institucional, foi testada a eficácia da introdução automática dos dados no autopreenchimento do questionário eletrónico bem como a sua exportação para o programa de tratamento estatístico (SPSS V.20).

Posteriormente, foi feita a revisão e conseqüente ajustamento dos procedimentos e metodologias com as alterações necessárias para uma condução otimizada da recolha de todos os dados. Considerando a boa compreensão dos participantes do pré-teste relativamente às escalas já corretamente traduzidas, estas foram consideradas adequadas para aplicação na recolha de dados.

Por opção metodológica, a recolha de sangue e a medição da pressão arterial e dos dados antropométricos não foram testadas. No entanto, fez-se o reconhecimento do circuito interno de entrega das amostras nos respetivos laboratórios, que iria ser feito pela técnica de diagnóstico e terapêutica que iria colher as amostras.

Antes da recolha de dados, técnicos especializados testaram em voluntários o funcionamento de todos os aparelhos de medição da pressão arterial (esfigmomanómetro digital) e dos dados antropométricos: peso (balança digital), altura (estadiómetro) e perímetro da cintura (fita métrica), sendo que todos os aparelhos estavam operacionais e devidamente calibrados.

### **3.2 População – alvo e amostra**

Através da equipa de SST, foi facultado o acesso a uma listagem de 1385 colaboradores da Caixa Económica Montepio Geral, no Concelho de Lisboa, para participação voluntária. (Apêndice D.1, Figura D.1)

Da amostra total de 1385 colaboradores convidados, 410 participaram voluntariamente e 975 não responderam ao convite, o que se traduz numa taxa de participação de, aproximadamente, 30%.

Foram selecionados os colaboradores com idades compreendidas entre 18 e 69 anos, capazes de compreender e assinar o consentimento informado e esclarecido, com funções distintas e diferentes cargos (critérios de inclusão em 3.2.2.).

### 3.2.1 Trabalhadores da CEMG não participantes no estudo

Relativamente ao total de trabalhadores convidados que não participaram, de acordo com a Figura D.2 (Apêndice D.2), verifica-se que os polos geográficos de recolha de dados onde houve maior taxa de não participantes foram Algés (84%) e Alfragide (77%).

A média de idades dos colaboradores não participantes é de 43 anos. No sexo masculino a média é de 43 anos e nos colaboradores do sexo feminino é de 42 anos (Apêndice D.3, Figura D.3).

Conforme é possível observar na Figura D.4 (Apêndice D.4), uma grande parte dos colaboradores não participantes tem pelo menos o ensino secundário e a maior parte deles frequentou o ensino superior e completou a licenciatura.

### 3.2.2 Critérios de inclusão na amostra

Os critérios de inclusão dos participantes na amostra do presente estudo, que definem as características principais da população alvo de interesse para a questão de investigação, estão aqui descritos:

- Ambos os sexos;
- Idade incluída no intervalo entre 18 e 69 anos inclusive;
- Ser trabalhador da CEMG, independentemente da função e/ou cargo;
- Falar e compreender a língua portuguesa;
- Ter aceitado participar, voluntariamente, no estudo;
- Ser capaz de compreender o que está escrito no consentimento informado;
- Ter assinado o consentimento informado.

### 3.2.3 Critérios de exclusão na amostra

Os critérios de exclusão dos participantes na amostra do presente estudo, que indicam grupos de indivíduos que seriam de interesse para a questão em estudo, caso não tivessem estes critérios, são os seguintes:

- Idade menor do que 18 anos e superior ou igual a 70 anos;
- Não falar nem compreender a língua portuguesa;
- Incapacidade de compreender e assinar o consentimento informado;
- Não terem aceitado a participação no estudo;
- Recusa do consentimento informado.

### 3.2.4 Recrutamento dos trabalhadores da CEMG participantes no estudo

A partir dos 410 participantes, a maior percentagem de dados colhidos realizou-se nas instalações da Baixa (37%) e nos Balcões da grande Lisboa (29%) (Apêndice D.5, Figura D.5). Do total de 410 colaboradores, 260 responderam ao inquérito completo, incluindo as medidas antropométricas, a medição de tensão arterial e a colheita de sangue para análise de parâmetros biológicos; 405 completaram o questionário eletrónico<sup>14</sup> e 393 concluíram o preenchimento da escala de resiliência, em suporte de papel (por obrigatoriedade dos autores).

A amostra final de 405 constitui duas subamostras: uma subamostra de 260 colaboradores que completaram o inquérito na totalidade e está distribuída pelas zonas da Baixa (n=150), Laranjeiras (n=51) e Alfragide (n=59), que correspondem às Direções Centrais, e outra subamostra de 145 colaboradores, constituída pelos polos de Algés (n=26) e Balcões de Lisboa (n=119), dos colaboradores que completaram apenas parte do inquérito (a componente psicossocial, com o questionário eletrónico e a escala de resiliência) e que correspondem às Direções Comerciais. O critério envolvido para que 145 colaboradores tenham apenas completado parte do inquérito (a componente psicossocial), deveu-se apenas a questões de ausência de financiamento para cobertura de custos de recursos humanos e reagentes (Apêndice D.5, Figura D.5).

Assim, entre novembro de 2012 e julho de 2013, foram recolhidos os dados referentes a  $n=405$  colaboradores da CEMG, através de um inquérito em dois níveis,

---

<sup>14</sup> Os participantes que apresentaram o inquérito incompleto (2 na Baixa e 3 nos Balcões) foram retirados da base de dados, não tendo sido incluídos na análise.

respetivamente, uma componente biológica e psicossocial ( $n_B=260$ ) e apenas uma componente psicossocial ( $n_P=145$ ).

A totalidade dos 405 participantes respondeu à componente psicossocial do inquérito com:

- Questionário de autopreenchimento, sob a forma de formulário eletrónico.
- A uma das escalas de autopreenchimento, em suporte de papel por imposição do autor da escala (embora os 405 participantes tenham respondido à escala em suporte de papel, em apenas 393 os dados estavam completos, visto que alguns participantes não responderam a todos os itens que integram a escala).

Apenas 260 dos 405 participantes, responderam ao inquérito total do projeto que incluiu:

- Questionário de autopreenchimento (formulário eletrónico);
- Escala de autopreenchimento (suporte de papel);
- Medições antropométricas (peso, altura e perímetro da cintura) e medição da pressão arterial;
- Colheita de sangue para análises diversas.

Em suma, foram recolhidos os dados referentes a um total de  $n=405$  colaboradores da CEMG, distribuídos conforme descrito na Apêndice D.6, Figura D.6. Do total dos 405 participantes,  $n_B=260$  responderam ao inquérito completo e  $n_P=145$  responderam a uma parte do inquérito (apenas à componente psicossocial).

### 3.2.5 Seleção da amostra e estratégia de amostragem

Foi realizada uma amostragem não aleatória, por conveniência, em que os trabalhadores aceitaram o convite à participação, convite esse formalizado por carta enviada pela equipa da SST. A CEMG solicitou, explicitamente, que a participação dos seus colaboradores fosse totalmente voluntária. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, os participantes foram sendo selecionados a partir de uma lista de trabalhadores providenciada pela equipa da SST da CEMG. De todos os trabalhadores dessa lista, aos quais

foi enviado um convite à participação através da caixa de *e-mail* institucional, apenas os que voluntariamente quiseram participar foram incluídos na amostra.

Total de colaboradores convidados a participar n= 1.385

Total de colaboradores que participaram no estudo são n= 405.

Deste modo, a taxa de adesão foi de 30% em relação ao total de colaboradores convidados a participar no inquérito.

### 3.2.6 Caracterização sumária da amostra

A amostra é constituída por 405 inquiridos com uma idade média de 41.2 anos (DP=8.27), com um mínimo registado de 22 anos e um máximo de 64 anos; a maioria são homens (51.4%), casados ou a viver em união de facto (65.4%) (Apêndice D.7, Figura 17). Dos inquiridos, têm o ensino secundário 15.3%, são licenciados 45.9%, têm o ensino superior e pós-graduação 13.1%, mestrado 7.2%, doutoramento 1.2%; os outros 16.9% incluem diferentes níveis de ensino (ensino básico 0.50%, ensino pós-secundário 8.5%, ensino superior bacharelato 6.4%, outros 1.5%) (Apêndice D.8, Figura D.8).

Relativamente à função desempenhada, os técnicos são 32.4%, comerciais 25.9%, administrativos 18%, gestores intermédios 12.3%, comerciais com coordenação 8.9% e gestores de topo 2.5% (Apêndice D.9; Figura D.9). No que se refere ao rendimento líquido um pouco mais de 1/4 dos respondentes (26%) refere auferir um rendimento líquido entre os 987 e 1500 euros mensais, cerca de 24% dos respondentes referem valores superiores a 3043 euros, 19% auferem entre 1501 e 2014 euros, 17% recebem entre 2015 e 2528 euros mensais, 10% entre 2529 e 3042 euros, apenas 2% referem um rendimento abaixo dos 986 euros mensais e 2% recusou responder (Apêndice D.10, Figura D.10).

## 3.3 Procedimento

### 3.3.1 Instrumento de avaliação

Descreve-se o instrumento utilizado na recolha de dados e que, doravante, será referido como inquérito.

Conforme referido no capítulo 3.1. (Desenho do Estudo), foi aplicado um inquérito entre 2 de novembro de 2012 e 4 de julho de 2013, e foram recolhidos os dados referentes a um total de  $n=405$  colaboradores da CEMG.

Este inquérito (Apêndice B) tem duas componentes, uma psicossocial e outra biológica. Inclui um questionário (Apêndice B.1), aplicado através de um formulário eletrónico que estava disponível numa plataforma *online* (Grupos I a V listados abaixo) e dois grupos (VI e VII) (Apêndices B.3 e B.4) constituídos pela componente biológica do inquérito:



- Grupo I – INFORMAÇÃO BIOGRÁFICA
- Grupo II - PERCEPÇÕES SOBRE O SEU EMPREGO
- Grupo III - ATITUDES FACE À ORGANIZAÇÃO/EMPRESA
- Grupo IV – SAÚDE
- Grupo V – ESCALAS
- Grupo VI - MEDIÇÕES ANTROPOMÉTRICAS E OUTRAS
- Grupo VII - PARÂMETROS BIOLÓGICOS

Do total dos 405 participantes, numa primeira fase n=260 responderam ao inquérito completo (aos sete grupos, correspondentes às componentes psicossocial e biológica) e, numa segunda fase temporal, n=140 responderam a uma parte do inquérito (aos grupos I a V, correspondentes, apenas, à componente essencialmente psicossocial), devido a razões de financiamento insuficiente para cobertura de custos de recursos humanos e de reagentes para as análises de sangue.

Os grupos I, II, III, IV e V do inquérito reúnem uma série de instrumentos de avaliação de diversos aspetos relacionados com o bem-estar dos trabalhadores:

- ASSET [*A shortened stress evaluation tool* (399) (400)], sendo uma escala central neste estudo, é uma ferramenta construída para avaliar o risco de *stress* dos trabalhadores. (401) (402) (403) (404) (405) A tabela D.11 (Apêndice D.11) tem as subescalas do instrumento ASSET com os diferentes itens que compõem cada subescala (Apêndice C.1);
- MHI – 5 [*Mental health inventory* (406) (407) (408) (409)] (Apêndice C.6);
- Escala de Satisfação no Trabalho [Escala de Satisfação no Trabalho, Carochinho J.A. 1998], escala para avaliação direta da satisfação no trabalho (Apêndice C.5);
- Escala de Felicidade Subjetiva (410) (411) (412), escala utilizada para a avaliação subjetiva do grau de felicidade dos indivíduos (Apêndice C.3);
- CAGE [acrónimo de *cut-annoyed-guilty-eye*, escala de deteção de abuso de álcool (413) (414) (415) (416) (417) (418)] (Apêndice C.4);
- Escala de Suporte Social – OSLO 3 [*OSLO-3 Social support scale* (OSS-3), 1996, 2006, de Brevik JI & Dalgard OS] (419), escala para avaliação do suporte social

individual, ou mais concretamente, neste caso, a existência de apoio por parte de outras pessoas em situações difíceis (Apêndice C.2);

- Escala de Presentismo (420), WHO-HPQ *presenteeism questions*, de Kessler et al. (421); escala para a avaliação do impacto dos problemas de saúde na *performance* individual e produtividade de trabalhadores que se encontram fisicamente presentes no local de trabalho, mas com um nível de produtividade eventualmente reduzido por motivos de saúde (Apêndice C.7);
- Escala de Resiliência Connor Davidson - CD-RISC (296) [Copyright © 2001, 2003, 2007 by Kathryn M. Connor, M.D. and Jonathan R.T. Davidson, M.D. Tradução Faria, J.A. e Ribeiro, M.T. 2008], escala utilizada para avaliar as condições individuais que permitem a um indivíduo prosperar face às dificuldades (Apêndice B.2).

Decorreu a introdução automática dos dados no autopreenchimento do questionário eletrónico bem como a sua exportação para programas de tratamento estatístico (SPSS V.20). Para os dados colhidos na escala em suporte de papel, foi realizada uma leitura ótica.

Para mais detalhe, juntam-se em apêndice as medidas em que se descrevem as escalas utilizadas e o que vão medir (Apêndice G.19).

### 3.3.2 Processo de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através da aplicação do inquérito que incluiu diversos tipos de colheita.

#### 3.3.2.1 Recolha de dados antropométricos e medição da pressão arterial

- Colheita de dados antropométricos (peso, altura e perímetro da cintura, n=260);
- Medição da pressão arterial (três medições, com o intervalo de 5 min entre cada uma, n=260).

### 3.3.2.2 Recolha de dados biológicos para análise de marcadores analíticos

- Colheita de dados biológicos para análise de marcadores analíticos (sangue, n=260).

### 3.3.2.3 Recolha de dados psicossociais

- Aplicação de uma escala em suporte de papel (Escala de Resiliência Connor-Davidson, n=395);
- Administração de um questionário de autopreenchimento (formulário eletrónico enviado para *e-mail* institucional, n=405).

A colheita de dados biológicos (recolha de sangue) foi realizada por um técnico de análises clínicas, tendo as amostras sido transportadas (por uma empresa contratada para esse efeito) para o INSA, IP, onde foram analisadas. Os resultados das análises realizadas foram entregues aos colaboradores através da equipa de SST.

As medições antropométricas, a aplicação da escala em papel e a administração do questionário eletrónico foram realizadas por técnicos com formação e experiência. Os participantes, como recompensa da sua participação, para além dos resultados das análises ao sangue, receberam um cartão com os dados antropométricos (peso, altura) e a última medição da pressão arterial.

Todo o procedimento de recolha foi feito em articulação com o INSA, IP e com o apoio da equipa de SST.

Todos os dados foram recolhidos com o consentimento devidamente informado e esclarecido de cada participante.

Após uma primeira divulgação com um folheto de divulgação sobre o projeto enviado por *e-mail* e após agendamento prévio por *e-mail*, a colheita de dados ocorreu em duas fases.

Numa 1ª fase foi obtido o consentimento informado e esclarecido (momento 1), tendo sido seguidamente recolhido o sangue (momento 2). No momento 3 foi aplicada a escala em suporte de papel (escala de resiliência), foi medida a pressão arterial (três vezes com um intervalo de 5 minutos entre cada uma) e foram registados os dados antropométricos: peso, altura e perímetro da cintura. Numa 2ª fase, foi enviado um questionário eletrónico por *e-mail* para o endereço institucional, com aviso prévio (Apêndice D.12, Figura D.12).

Na Figura D.13 (Apêndice D.13) observam-se as instalações disponibilizadas pela CEMG de vários polos de recolha da amostra, que foram adaptados para a colheita de dados.

Em cada polo de recolha de dados, foi providenciada uma ou mais salas (Apêndice D.13, Figura D.13) para realização do inquérito. No polo da Baixa, nomeadamente no edifício de S. José foi autorizada a utilização de duas salas no mesmo piso: uma onde foi realizada a colheita de sangue e outra onde foi aplicada a escala em papel e onde foram realizadas as 3 medições da pressão arterial e as medições de peso, altura e perímetro da cintura. No edifício do polo de recolha das Laranjeiras, numa sala, foi criada uma divisória, com a colocação de um biombo, permitindo a presença de mais de um participante de cada vez. O mesmo ocorreu no polo de Alfragide. Em Algés também houve acesso à utilização de uma sala, ainda que apenas para aplicar a componente psicossocial do inquérito (a escala). Em todos estes casos, cada participante, mediante agendamento prévio com a equipa do projeto, deslocou-se até às instalações onde este decorria. A única exceção foi a recolha de dados, da componente psicossocial do inquérito (a escala e o questionário eletrónico) em que a equipa se deslocou às agências bancárias da Grande Lisboa.

Contexto socioeconómico em Portugal na altura da recolha de dados:

Os dados foram recolhidos num período em que decorre uma recessão económica ao nível nacional e internacional e conseqüente crise socioeconómica e política cujo impacte nos colaboradores foi tomado em consideração numa pergunta incluída no questionário *online*.

Contexto institucional da CEMG na altura da recolha de dados:

É de notar que no período que decorreu entre novembro e dezembro de 2012, os dados foram recolhidos enquanto decorriam as eleições para a administração e direções da CEMG.

Os dados recolhidos no 1º grupo correspondentes a uma amostra de n=260 (centralizados nas instalações dos polos da Baixa, Laranjeiras e Alfragide) correspondem ao inquérito completo. Este inclui a componente biológica (colheita de sangue, dados antropométricos, pressão arterial) e a componente psicossocial (escala em suporte de papel e questionário eletrónico). Os dados recolhidos no 2º grupo (n=140), por sua vez,

correspondem unicamente à componente psicossocial (escala em suporte de papel e questionário eletrónico).

As condições de recolha de dados do 1º grupo de participantes (n=260) foram diferentes das do 2º grupo de participantes (n=140).

No caso do 1º grupo, os participantes deslocavam-se às instalações da CEMG, nas várias zonas geográficas (Baixa, Laranjeiras e Alfragide) com salas previamente reservadas para a realização da colheita de dados. Seguidamente, após a recolha de todos os dados no local, recebiam um cartão preenchido com os seus dados antropométricos. Por fim, após a conclusão do preenchimento do questionário eletrónico recebiam os resultados das análises clínicas resultantes da colheita de sangue.

Dos 140 participantes do 2º grupo, os dados de 26 colaboradores foram recolhidos numa sala das instalações da CEMG em Algés, e os dados dos restantes 114 colaboradores foram recolhidos nos respetivos postos de trabalho distribuídos por vários balcões da cidade de Lisboa. Para esse efeito, o investigador fez a recolha de dados nos postos de trabalho dos colaboradores distribuídos por 40 agências/balcões da cidade de Lisboa. Os participantes deste 2º grupo (n=140) não recebiam nada em troca da sua colaboração, uma vez que não foram recolhidos dados biológicos e biométricos por motivos de logística e de alocação de custos e recursos.

### 3.3.3 Tabela sinóptica de variáveis

Com base na revisão narrativa da literatura sobre as diferentes temáticas envolvidas na tese, na revisão sistemática da literatura no âmbito da conciliação trabalho-família, nos objetivos, e nas questões e hipóteses de investigação, foram elaboradas tabelas de operacionalização de variáveis e selecionadas as variáveis necessárias para a definição da amostra, no tipo de estudo em causa, ou seja, um estudo observacional transversal, em que vão ser descritas variáveis, os seus padrões de distribuição e examinadas associações.

A tabela sinóptica de variáveis foi elaborada com a operacionalização de variáveis no estudo e apresenta-se em apêndice (tabela 20, Apêndice G.20).

### 3.3.4 Análise de dados

#### 3.3.4.1 Recodificação de variáveis

Algumas variáveis foram transformadas com recodificação, necessária à análise multivariada. Os detalhes são apresentados no Apêndice G.21.

Foram as seguintes as variáveis recodificadas:

1. VARIÁVEL *IDADE* RECODIFICADA
2. VARIÁVEL *ESTADO CIVIL* RECODIFICADA
3. VARIÁVEL *NÍVEL DE ESCOLARIDADE* RECODIFICADA
4. VARIÁVEL *GRUPO FUNCIONAL* RECODIFICADA
5. VARIÁVEL *RENDIMENTO* RECODIFICADA
6. VARIÁVEL *PLANOS PARA TER FILHOS (nos próximos 3 anos)* RECODIFICADA
7. VARIÁVEL *CONSUMO DE ÁLCOOL* RECODIFICADA
8. VARIÁVEL *Nº de FILHOS* RECODIFICADA

Consideraram-se também alguns indicadores, isto é, todas as variáveis em estudo que resultam, de alguma forma, de computação dos dados recolhidos, assim como outras variáveis que não foram descritas no capítulo 3.3.4.1 (Apêndice G.21).

#### *Indicadores*

- 1 - Índice Risco cardiovascular
- 2 - Índice Síndrome metabólica
- 3 - Consumos
- 4 - Exercício Físico (optou-se pelo conceito de exercício físico e não atividade física)
- 5- Tensão Arterial
- 6 - Peso
- 7 - Dados biométricos (Parâmetros laboratoriais)

### *Outras variáveis*

1 - Presentismo

2 - Absentismo

#### 3.3.4.2 Análises preliminares

De modo a conhecer com mais detalhe as variáveis a utilizar nos modelos estatísticos, foi realizada uma análise descritiva das escalas, indicadores, variáveis de caracterização da amostra, e de outras variáveis relevantes. Mais especificamente, esta análise pretende conhecer as medidas de tendência central e dispersão, as distribuições de frequências, e as medidas de associação entre as variáveis em estudo. Adicionalmente, os resultados desta análise vão permitir uma selecção inicial das variáveis que poderão ser utilizadas em modelos estatísticos paramétricos mais complexos.

Estas análises preliminares serão descritas de seguida e em 3.3.4.4.1.

#### 3.3.4.3 Estudos das medidas

Optou-se por introduzir os estudos das medidas no capítulo dos Materiais e Métodos e não nos Resultados.

##### 3.3.4.3.1 Saúde física (ASSET)

Para a saúde física tal como medida pelo ASSET, os resultados indicam que nem o bloco das variáveis dos Estilos de Vida nem o bloco das variáveis intra-individuais resultam *r-square changes* significativos ( $F=2.07$  com  $p=0.13$  e  $F=2.15$  com  $p=0.12$ ) pelo que foram excluídos da análise. O modelo resultante explica 36% da variância da saúde física ( $F=7.92$ ,  $p=0.00$ ). Neste modelo, como preditores significativos da saúde física surgem:

- o sexo ( $t=4.59$ ,  $p=0.00$ , Beta std.=0.30) indicando que os homens têm pior saúde física do que as mulheres;
- a medicação prescrita ( $t=5.75$ ,  $p=0.00$ , Beta std.=0.32) indicando que quanto mais medicação prescrita pelo médico pior a avaliação da saúde física;

- o equilíbrio trabalho-família ( $t=3.32$ ,  $p=0.00$ , Beta std.=0.22) indicando que quanto pior o equilíbrio pior a saúde física.

#### 3.3.4.3.2 Saúde mental (ASSET e MHI5)

Para a saúde mental tal como medida pelo ASSET, os resultados indicam que todos os blocos de variáveis utilizados resultam em *r-square changes* significativos. O modelo resultante explica 40% da variância da saúde mental ( $F=7.74$ ,  $p=0.00$ ). Neste modelo, como preditores significativos da saúde mental surgem:

- o sexo ( $t=2.40$ ,  $p=0.02$ , Beta std.=0.16) indicando que os homens têm pior saúde mental do que as mulheres;
- o peso ( $t=-2.31$ ,  $p=0.02$ , Beta std.=-0.18) indicando que quanto menor o peso melhor saúde mental;
- a medicação prescrita ( $t=3.14$ ,  $p=0.00$ , Beta std.=0.17) indicando que quanto mais medicação prescrita pelo médico pior a avaliação da saúde mental;
- o equilíbrio trabalho-família com um efeito marginal ( $t=1.88$ ,  $p=0.06$ , Beta std.=0.12) indicando que quanto pior o equilíbrio pior a saúde mental;
- a segurança laboral com um efeito marginal ( $t=1.82$ ,  $p=0.07$ , Beta std.=0.14) indicando que quanto pior a segurança laboral pior a saúde mental;
- a resiliência ( $t=-5.34$ ,  $p=0.00$ , Beta std.=-0.30) indicando que quanto mais baixa a resiliência menor a saúde mental.

Para a saúde mental tal como medida pelo MHI5 os resultados também indicam que todos os blocos de variáveis utilizados resultam em *r-square changes* significativos. O modelo resultante explica 45% da variância da saúde mental ( $F=9.35$ ,  $p=0.00$ ). Neste modelo, como preditores significativos da saúde mental surgem:

- o sexo ( $t=-2.35$ ,  $p=0.02$ , Beta std.=-0.15) indicado que os homens têm pior saúde mental do que as mulheres;
- o peso ( $t=2.17$ ,  $p=0.03$ , Beta std.=0.16) indicando que quanto menor o peso melhor saúde mental;



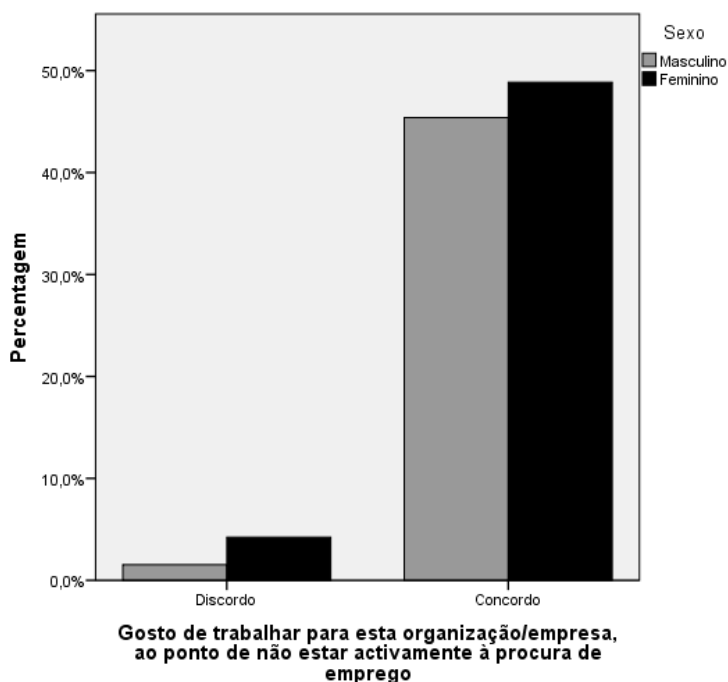
- o risco cardiovascular ( $t=-2.02$ ,  $p=0.05$ , Beta std. $=-0.20$ ) indicando que quanto maior o risco menor a saúde mental;
- a medicação prescrita ( $t=-3.43$ ,  $p=0.00$ , Beta std. $=-0.18$ ) indicando que quanto mais medicação prescrita pelo médico pior a avaliação da saúde mental;
- o equilíbrio trabalho-família ( $t=-2.88$ ,  $p=0.00$ , Beta std. $=-0.18$ ) indicando que quanto pior o equilíbrio pior a saúde mental;
- o suporte social ( $t=3.24$ ,  $p=0.00$ , Beta std. $=0.16$ ) indicando que quanto maior o suporte social maior a saúde mental;
- a resiliência ( $t=3.83$ ,  $p=0.00$ , Beta std. $=0.20$ ) indicando que quanto mais elevada a resiliência mais elevada a saúde mental.

#### 3.3.4.3.3 Felicidade subjetiva (SHS)

Para a felicidade subjetiva tal como medida pela SHS os resultados indicam que os blocos de variáveis dos estilos de vida e saúde resultam em *r-square changes* que não são significativos (respetivamente  $F=0.73$  com  $p=0.48$  e  $F=1.96$  com  $p=0.85$ ). O modelo com os três blocos de variáveis restantes é significativo e explica 29% da variância da felicidade subjetiva ( $F=9.98$ ,  $p=0.00$ ). Neste modelo, como preditores significativos da felicidade subjetiva surgem:

- as habilitações ( $t=2.06$ ,  $p=0.04$ , Beta std. $=0.10$ ) indicando que quanto maior o rendimento maior a felicidade subjetiva;
- o número de filhos ( $t=2.01$ ,  $p=0.05$ , Beta std. $=0.16$ ) indicando que quanto maior o número de filhos maior a felicidade subjetiva;
- o presentismo ( $t=2.12$ ,  $p=0.03$ , Beta std. $=0.10$ ) indicando que quanto menor o presentismo maior a felicidade subjetiva;
- o suporte social ( $t=6.05$ ,  $p=0.00$ , Beta std. $=0.28$ ) indicando que quanto maior o suporte social maior a felicidade subjetiva;
- a resiliência ( $t=4.38$ ,  $p=0.00$ , Beta std. $=0.21$ ) indicando que quanto mais elevada a resiliência mais elevada a felicidade subjetiva.

### 3.3.4.3.4 Satisfação no trabalho



**Figura 11.** Satisfação por trabalhar na empresa atual, ao ponto de não procurar ativamente outro emprego. Distinção por género.

De um modo geral, observou-se (Figura 11) que os colaboradores do sexo feminino e do sexo masculino revelaram ter satisfação no trabalho, nomeadamente, na organização para a qual trabalham, o Montepio Geral (Figura D.14; Apêndice D.14).

### 3.3.4.3.5 Grau de interferência do trabalho na vida familiar

A tabela 2 descreve a interferência do trabalho na vida familiar, por género, com a variável recodificada.

**Tabela 2.** Interferência do trabalho na vida familiar, por género, com variável recodificada.

		Interferência do trabalho na vida familiar			
		Discordo		Concordo	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Sexo	Masculino	62	45,3%	60	48,8%
	Feminino	75	54,7%	63	51,2%

#### 3.3.4.3.6 Análises fatoriais exploratórias e confirmatórias

Foram realizadas análises fatoriais exploratórias e confirmatórias de alguns dos instrumentos utilizados no estudo: ASSET, CD-RISC e Escala de Satisfação no Trabalho. Estão descritas em 4.8.1, 4.8.2 e 4.8.3.

#### 3.3.4.4 Análise exploratória

Foi realizada a análise exploratória de dados, através de análises descritivas univariadas e multivariadas, análise de regressão linear hierárquica por passos, análise de regressão linear múltipla, análises de variância (ANOVAs), análises com modelos de equações estruturais e análises dos dados da componente biológica do estudo.

##### 3.3.4.4.1 Análises descritivas univariadas e multivariadas

###### *Medidas descritivas*

Médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos, e o número de participantes com repostas válidas.

###### *Distribuições de frequências*

Simetria e achatamento, teste de ajustamento à distribuição normal, e identificação de *outliers*. Como critério para a simetria e achatamento foi utilizado o valor  $Z=2.00$ , i.e., valores absolutos de simetria / achatamento superiores a 2.00 indicam distribuições assimétricas / não-mesocúrticas. Como teste de ajustamento à normal foi utilizado o Komolgorov-Smirnov, em que valores-p inferiores a 0.05 refletem desvios estatisticamente significativos à distribuição normal. Finalmente, o critério de identificação de *outliers* utilizado foi o produto da amplitude inter-quartil por 1.5 (i.e., critério usado por defeito no *software SPSS*).

### *Informações complementares*

Resumo da computação e do modo de interpretação das variáveis em estudo para o caso de se tratar de indicadores e escalas (informação mais detalhada nas respetivas secções).

#### Correlações

Para além da análise descritiva foi também realizada uma análise da associação entre as variáveis a utilizar nos modelos estatísticos. Para cada par de variáveis foi calculado o *r* de Pearson para medidas quantitativas. Esta medida de associação pode variar entre -1 e 1 em que: 0 indica ausência de associação, valores absolutos entre 0 e 0.20 associação muito fraca, valores absolutos entre 0.20 e 0.40 associação fraca, valores entre 0.40 e 0.60 associação moderada, valores entre 0.60 e 0.80 associação forte, e valores superiores a 0.80 associação muito forte. Finalmente, valores-*p* inferiores a 0.05 refletem associações estatisticamente significativas.

#### 3.3.4.4.2 Análise de regressão linear hierárquica por passos

Para a caracterização alargada dos preditores de saúde foi utilizada uma regressão linear hierárquica por passos. Especificamente, foram utilizados cinco grupos de variáveis e estudado o seu valor preditivo em cinco variáveis dependentes:

- Sociodemográficos (DEMO):
  - assetp11 (sexo);
  - assetp12\_1 (idade);
  - p20 (rendimento);
  - p21 (ensino);
  - filhos\_n (nº de filhos);
  - agregado\_n (nº de pessoas no agregado).

- Estilos de vida (EV):  
  
exercicio\_fisico (indicador de prática e qualidade do exercício físico);  
  
consumo\_evolucao (indicador de consumo e evolução do consumo de tabaco, café e álcool).
  
- Saúde (SAU):  
  
TensaoArterial01 (normal e pré-hipertenso/hipertenso/crise);  
  
Peso\_categorias01 (peso normal e peso excessivo);  
  
síndrome\_metabolica (síndrome metabólica);  
  
risco\_cardiovascular (risco cardiovascular);  
  
medicacao\_receitada (número de condições para as quais toma medicação).
  
- Organizacionais (ORG):  
  
Absentismo;  
  
HPQp\_relativo (Presentismo);  
  
ASSET\_ARO\_global (atitude em relação à organização);  
  
ASSET\_PST ETF (equilíbrio trabalho-família);  
  
ASSET\_PST\_AT (aspetos do trabalho);  
  
ASSET\_PST\_SFT (segurança face ao trabalho);  
  
ASSET\_PST\_SL (sobrecarga laboral);  
  
ASSET\_PST\_RT (relações no trabalho);  
  
ASSET\_PST\_RC (recursos e comunicação);  
  
ASSET\_PST\_C (controlo)

- Intra-individuais (INTRA):  
OSS3 (suporte social);  
CD\_RISC\_geral (resiliência).
- Variáveis Dependentes:  
ASSET\_SF (saúde física);  
ASSET\_SM (saúde mental);  
SHS (felicidade subjetiva);  
MHI5 (saúde mental);  
assetp42\_est\_saude (percepção de saúde).

Na interpretação foram, primeiro, considerados os valores de tolerância à multicolineariedade, e sempre que adequados interpretado:

- A variância explicada ( $R^2$  ajustado) para o modelo final como medida de qualidade do modelo;
- A variância acrescida (variação no  $R^2$ ) para cada passo do modelo como medida da importância de cada bloco de variáveis para o modelo final;
- E a correlação de cada variável com a variável dependente (Beta estandardizado) no modelo final como medida do valor preditivo específico de cada variável na análise.

#### 3.3.4.4.3 Análise de regressão linear múltipla

Inicialmente, para obter uma perspetiva inicial dos dados recolhidos, foi realizada uma análise exploratória na qual, todas as variáveis, tanto categóricas como quantitativas, foram descritas individualmente.

Foi, então, realizada uma análise de regressão linear múltipla, com o objetivo de avaliar e quantificar a influência exercida sobre a resiliência por variáveis externas - parâmetros socio-demográficos, de estilo de vida, clínicos e os resultados obtidos para escalas psicométricas selecionadas - e variáveis genéticas - neste caso, os marcadores moleculares dos genes escolhidos. A resiliência foi considerada a variável resposta (dependente), enquanto os demais parâmetros foram considerados as variáveis explicativas (independentes). O modelo final foi obtido usando o método de seleção *backward stepwise*.

Como havia duas versões da escala CD-RISC, a versão de 25 itens e a versão de 10 itens, era necessário decidir qual delas deveria ser usada como medida de resiliência. Portanto, calculou-se a correlação entre as duas variantes de escala, aplicando o coeficiente de correlação de Pearson, considerando um coeficiente superior a 0,8 indicativo de uma forte associação linear.

Além disso, uma ANOVA com dois fatores foi utilizada, a fim de compreender mais especificamente a interação entre o equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho ou o sexo, em relação à resiliência.

Os resultados estão descritos no capítulo 4.5.

Um estudo sobre determinantes biológicos e psicossociais no local de trabalho, resiliência, genética, risco cardiovascular, *white collars* e *blue collars*, saúde mental e bem-estar, no âmbito do qual foi aplicada esta análise de regressão linear múltipla, resultou num artigo em preparação para publicação, descrito no capítulo 4.8.6.

#### 3.3.4.4.4 Análises de variância (ANOVAs)

Uma análise ANOVA com dois fatores foi realizada, para examinar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência.

Uma análise ANOVA com dois fatores foi igualmente realizada, para examinar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência.

Os resultados estão descritos no capítulo 4.6.

O mesmo estudo sobre determinantes biológicos e psicossociais no local de trabalho, resiliência, genética, risco cardiovascular, *white collars* e *blue collars*, saúde mental e bem-estar, referido acima (3.3.6.5.3) no âmbito do qual também foram aplicadas estas ANOVAs, resultou no artigo que está em fase de conclusão para ser submetido para publicação e que vem descrito no capítulo 4.8.6.

#### 3.3.4.4.5 Análises com modelos de equações estruturais

Tendo em consideração os objetivos de alguns dos estudos, e de acordo com a revisão da literatura efetuada, foram testados alguns modelos de mediação através da Análise de Trajetórias (*Path Analysis*) disponível no *software* AMOS (v.22, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008) dado que este é o procedimento estatístico considerado adequado quando se pretende testar simultaneamente a existência de efeitos indiretos e diretos.

As *guidelines* de Cohen's (422) (fraco: .10, moderado: .30, e forte: .50) foram usadas para interpretar a magnitude das associações entre variáveis.

#### 3.3.4.4.6 Análises dos dados da componente biológica do estudo

Serão descritos no capítulo respetivo dos Resultados (4.7).

#### Análise exploratória descritiva

Para obter uma perspetiva inicial dos dados recolhidos, foi realizada uma análise exploratória, descritiva, na qual todas as variáveis, tanto categóricas como quantitativas, foram interpretadas individualmente, dentro da subamostra de participantes a quem foram colhidos dados biológicos  $n_B=260$ . Os resultados desta análise encontram-se descritos no capítulo 4.7.



#### Dados antropométricos e de pressão arterial

Recolheram-se dados antropométricos (peso, altura e perímetro da cintura), com recurso a balança, estadiómetro e fita métrica, e medição da pressão arterial (realizada em 3 medições com 5 min de intervalo entre cada uma) nos dois braços, através de esfigmomanómetro digital, para se avaliar o estado de saúde “física”.

Esta análise encontra-se descrita no capítulo 4.7.

#### Dados Bioquímicos

Entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, uma técnica de análises clínicas, técnica de diagnóstico e terapêutica (TDT), desempenhou funções de colheita de sangue a 260 participantes nas instalações da CEMG.

Para além das referidas funções, grande parte das tarefas foram desenvolvidas no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (INSA, IP), designadamente: inserção das amostras no sistema informático do INSA, IP; realização de alíquotas; congelação de tubos com EDTA para posterior extração de DNA; identificação de amostras para os laboratórios de bioquímica e hematologia; sistematização da informação e processamento das amostras nos laboratórios; recolha e entrega dos resultados das análises em articulação com a equipa de investigação; realização de extração de DNA, análise qualitativa e quantitativa do DNA extraído e elaboração de uma base de dados e análise estatística de dados de parâmetros biológicos.

Aquando da receção do participante, era feito o preenchimento dos formulários de identificação do mesmo com informações relativas ao número de identificação no projeto; nome; data de nascimento; hora e data da colheita e hora da última refeição. Além disso, e com o evoluir do trabalho de campo, percebeu-se a importância de questionar o participante relativamente a aspetos da sua própria saúde (por exemplo, se é ou não diabético ou se toma medicação para baixar os níveis de colesterol) que poderiam confirmar alterações nos parâmetros biológicos analisados, com relevância na fase de análise estatística dos resultados obtidos.

Diretivas finlandesas recomendam que a punção venosa seja realizada no braço esquerdo e, dessa forma, sempre que foi possível, isto é, sempre que o acesso venoso pareceu facilitado, respeitou-se essa recomendação.

Foi colhido, habitualmente por sistema fechado, a cada participante no estudo, 15,1mL de sangue total periférico para três tubos:

- 1) Gel separador, para obtenção de soro, com a capacidade para 7,5mL de sangue;
- 2) Anticoagulante EDTA K3 com a capacidade de 4,9mL de sangue, destinado à extração de DNA;
- 3) Anticoagulante EDTA K3 com a capacidade de 2,7mL de sangue, destinado à realização do hemograma.

Após a colheita, e antes de receber o participante seguinte, era feita a devida identificação dos tubos de colheita com o número de identificação interna no projeto, as siglas referentes ao nome completo do participante e a data de colheita.

Todos os tubos com gel separador, para obtenção de soro, foram centrifugados no local das colheitas, por forma a evitar o falseamento do valor de glicose devido ao seu consumo por parte dos glóbulos vermelhos. A centrifugação dos soros foi sempre assegurada nos 60 minutos após a colheita.

Depois de realizadas as colheitas sanguíneas, as amostras foram devidamente transportadas até ao INSA, por uma empresa de estafetas, numa mala que assegurou sempre as condições de armazenamento ideais à manutenção da sua qualidade e que era sempre acompanhada de uma declaração oficial de transporte. Era da responsabilidade da TDT a receção das amostras e a entrega das fichas de colheita dos participantes no Serviço de Apoio Laboratorial (SAL) do INSA, para que se desse a integração das amostras no sistema informático da instituição (SIGALIS®).

Devido ao facto de a integração das amostras no sistema informático ser um processo algo moroso, por questões de rentabilidade do tempo, foi conveniente, nesse período, avançar para a separação de soros por alíquotas. Os tubos de soro usados durante as colheitas tinham a capacidade para 7,5mL de sangue, o que habitualmente representava uma quantidade de soro na ordem dos 3mL. Desse modo, 1mL era, prioritariamente,

aliquotado para um tubo próprio, destinado à secção da bioquímica. Posteriormente, de acordo com o volume excedente de soro, foram feitas alíquotas, devidamente identificadas, sendo as duas primeiras de 500µL e a terceira com todo o soro excedente, para tubos com capacidade para 1,5mL e congeladas a uma temperatura de -80°C.

Seguidamente, foram congelados a uma temperatura de -20°C os tubos com capacidade para 4,9mL de sangue total anticoagulado em EDTA K3, destinados à extração de DNA.

Posteriormente, eram colocados numa caixa de transporte os tubos de hemograma e as alíquotas de soro para análise bioquímica, era também verificado se, no SAL, já havia sido dada a entrada das amostras e se já estavam disponíveis as etiquetas que identificam as mesmas, sem as quais não é possível fazer o seu processamento. Após a devida identificação das amostras, estas eram entregues com brevidade nas secções próprias à determinação dos parâmetros biológicos a estudar no projeto, nomeadamente a bioquímica e a hematologia. Em cada uma das secções foram, semanalmente, recolhidos os resultados referentes aos parâmetros analisados nas amostras de sangue dos participantes recebidos nos 10 dias anteriores, por forma a enviar os mesmos à equipa de investigação e a compilá-los numa base de dados.

De forma a se avaliar o estado geral de saúde dos participantes e, em particular, alguns parâmetros relevantes para o estudo, nomeadamente o colesterol, foram avaliados os seguintes parâmetros biológicos: hemograma, glicémia, ureia, creatinina, Alanina Aminotransferase (ALT), Aspartato Aminotransferase (AST), Fosfatase Alcalina (FA), Gama Glutamiltransferase (GGT), Desidrogenase Láctica (LDH), Colesterol Total, Lipoproteínas de Baixo Peso Molecular (LDL), Lipoproteínas de Alto Peso Molecular (HDL), Triglicéridos, Hormona Estimulante da Tiróide (TSH) e Proteína C Reativa.

#### Dados genéticos

Em fevereiro de 2013, após a recolha de dados, a TDT dedicou-se à extração de DNA das amostras. A metodologia adotada foi a técnica descrita por Lahiri et al. (455) para extração de DNA em leucócitos de sangue periférico baseada no método de *salting out*. O processo de extração inicia-se com a lise de membranas celulares, que envolve a lise de

glóbulos vermelhos com o reagente TKM X-100 e IGEPAL, seguido da lise dos núcleos dos leucócitos e libertação de DNA com TKM2. É feita, posteriormente, a desproteinização celular por desidratação e precipitação das proteínas (*salting out*) num passo que envolve a adição de cloreto de sódio 5M, ficando em solução o DNA genómico de alto peso molecular. O DNA é, por fim, precipitado na presença de etanol absoluto e os sais são removidos por uma lavagem com etanol a 70%. Depois de devidamente seco, o DNA é rehidratado em tampão TE e conservado a 4°C até à sua avaliação quantitativa e qualitativa. A quantificação e avaliação do nível de pureza do DNA foram feitas por espectrofotometria, seguida de avaliação qualitativa em gel de agarose a 1% para análise de degradação do DNA. A quantificação é feita com o auxílio de um espectrofotómetro que fornece a concentração de DNA com 1µL de amostra. Por forma a garantir a fiabilidade dos resultados e como se procede no uso de qualquer espectrofotómetro, foi sempre feito um banco de amostra, com TE ou água destilada. O espectrofotómetro fornece ainda o gráfico que relaciona os comprimentos de onda (em nanómetros) analisados e a respetiva absorvância detetada, bem como a razão A260/A280 e a razão A260/A230 que poderá sugerir o nível de pureza e contaminação da amostra.

A avaliação qualitativa do DNA é feita através de uma eletroforese em gel de agarose a 1%, onde é aplicada uma corrente de 90 volts durante aproximadamente 40 minutos. Esta eletroforese tem como objetivo fazer migrar o DNA de forma a evidenciar se há ou não degradação da amostra e se a concentração medida pelo espectrofotómetro é concordante com a tonalidade revelada no gel.

Para a genotipagem, foram utilizados diversos métodos de biologia molecular, nomeadamente Sequenom MassArray, uma tecnologia que permite a genotipagem por espectrometria de massa, e sequenciação por método de Sanger, nos casos em que a primeira genotipagem não foi clara. Foi também utilizada a TaqMan® 5- *nuclease assay*, uma tecnologia baseada na técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em que a região flanqueadora do polimorfismo é amplificada na presença de sondas de fluorescência específicas, assim como PCR seguido de eletroforese em gel de agarose.

### 3.3.5 Síntese de materiais e métodos

*Estudo:* observacional transversal, exploratório, epidemiológico, amostragem não aleatória, de conveniência, com 405 trabalhadores da Caixa Económica Montepio Geral (CEMG).

*Período do estudo:* 2 de novembro de 2012 a 4 de julho de 2013.

*Local:* instalações da CEMG em diferentes polos de colheita de dados e Direções (centrais e comerciais, e em balcões).

*Inquérito:* questionário de preenchimento eletrónico; uma das escalas em suporte de papel (por exigência do autor); medições antropométricas; medição da tensão arterial e colheita de sangue para parâmetros biológicos.

*Pré-teste do trabalho de campo:* 17 de agosto a 4 de setembro de 2012, previamente à recolha de dados, decorreu no Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis (DPSPDNT) no INSA, IP, com uma amostra aleatória de 10 participantes.

*Objetivo do pré-teste:* avaliar a eficácia dos instrumentos que correspondem à componente psicossocial do inquérito; reconhecer o circuito interno de entrega das amostras biológicas nos respetivos laboratórios; testar o funcionamento do esfigmomanómetro digital, balança digital, estadiómetro e fita métrica.

*População-alvo:* listagem de 1385 colaboradores da CEMG no Concelho de Lisboa.

Taxa de participação: cerca de 30%.

*Crítérios de inclusão:* colaboradores com idades compreendidas entre 18 e 69 anos, capazes de compreender e assinar o consentimento informado e esclarecido, com funções e cargos distintos.

*Amostra (descrição sumária):*

405 inquiridos com uma idade média de 41.2 anos (DP=8.27); a maioria são homens (51.4%), casados ou a viver em união de facto (65.4%) (Apêndice D.7, Figura D.7). 46% são

licenciados, 15% tem o ensino secundário, 13% ensino superior e pós-graduação, 7% Mestrado e 1% Doutoramento.

Mais de 68% são técnicos ou comerciais, 18% são administrativos, 12% gestores intermédios, 9% comerciais com coordenação e 2.5% são gestores de topo.

*Inquérito:* Grupo I – informação biográfica; Grupo II - percepções sobre o seu emprego; Grupo III - atitudes face à organização/empresa; Grupo IV – saúde; Grupo V – escalas; Grupo VI - medições antropométricas e outras; Grupo VII - parâmetros biológicos.

*Escalas:* os grupos I, II, III, IV e V do inquérito reúnem instrumentos de avaliação de bem-estar dos trabalhadores - ASSET (*A shortened stress evaluation tool*); MHI – 5 (422); escala de Satisfação no Trabalho; escala de Felicidade Subjectiva; CAGE (110); escala de Suporte Social – OSLO 3; escala de Presentismo; escala de Resiliência Connor Davidson - CD-RISC.

Os participantes responderam à componente psicossocial do inquérito com questionário de autopreenchimento (formulário eletrónico) ( $n=405$ ); e à escala de autopreenchimento, da resiliência, em suporte de papel ( $n_R=395$ ).

Dos 405 participantes, 260 além de responderem ao questionário de autopreenchimento (formulário eletrónico) e à escala de autopreenchimento (suporte de papel), também foram sujeitos à componente biológica do estudo com medições antropométricas (peso, altura e perímetro da cintura), medição da pressão arterial e colheita de sangue para análises diversas ( $n_B=260$ ).

Introdução dos dados: automática no autopreenchimento do questionário eletrónico e exportação para programas de tratamento estatístico (SPSS V.20).

A tabela sinóptica de operacionalização de variáveis encontra-se em apêndice (Apêndice G.20).

### 3.3.6 Ética

A confidencialidade dos respondentes foi assegurada, através da desidentificação dos dados pessoais, foi sempre facultado e assinado o consentimento informado e cumpriu-se a legislação em vigor, à data do estudo, da proteção de dados.

O estudo global da tese foi submetido à apreciação de duas Comissões de Ética, designadamente, da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Faculdade de Medicina de Lisboa (CES CHLN/FML) (Presidente, à data, Prof. Doutor João Lobo Antunes); da Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (CES INSA, IP) (Presidente, à data, Prof. Doutora Heloísa Santos). Em ambas, o estudo foi aprovado. (Anexo A.1)

Foi, igualmente, submetido à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), tendo sido autorizado. (Anexo A.2). Junta-se, também, o modelo de consentimento informado. (Apêndice A.1)







## **CAPÍTULO 4**

### **RESULTADOS**



## Capítulo 4 - RESULTADOS

Apresentam-se dois grandes grupos de resultados:

**RESULTADOS DE ESTUDOS GLOBAIS EXPLORATÓRIOS** (capítulos 4.1 a 4.7.1).

**RESULTADOS DE ESTUDOS PARCELARES ESPECÍFICOS** (capítulos 4.8 a 4.8.7)

Em traços gerais, pretendeu-se analisar um conjunto de variáveis que se detalham no Apêndice G.20, tais como: características sociodemográficas; características individuais e familiares; ambiente psicossocial no local de trabalho; conciliação trabalho-família; parâmetros biológicos associados ao *stress*; impactes no estado de saúde e sofrimento psicológico; presentismo e absentismo.

Na definição das variáveis foram tomadas em linha de conta:

- Variáveis independentes (definidas como variáveis preditivas) – foram descritas as dimensões das variáveis independentes; lista de variáveis de uma determinada dimensão; referências para escalas e questionários;
- Variáveis dependentes (definidas como medidas de *outcome*) – foi descrita a fonte de informação; definição de informação; referência do método; decomposição da variável; forma como a questão é colocada; processo de validação do método de medição;
- Outras variáveis por domínios (ex: caracterização sociodemográfica);
- Descrição sumária dos questionários.

### RESULTADOS DE ESTUDOS GLOBAIS EXPLORATÓRIOS

#### 4.1 Resultados da análise descritiva com o perfil do trabalhador

Trabalhador

*Idade/Escalão Etário*

A grande maioria dos inquiridos (70.6%) tem idade inferior ou igual a 45 anos (Apêndice E.1, Figura E.1).

#### *Estado Civil*

Relativamente ao estado civil, a grande maioria dos respondentes (65.4%) são casados ou vivem em união de facto, 20.7% são solteiros, 12.3% são divorciados ou separados e apenas 1.5% são viúvos (Apêndice E.2, Figura E.2).

#### *Grupo Funcional*

Do total de respondentes 34.8% são comerciais, 32.3% são técnicos, 18% são administrativos e 14.8% são gestores (Apêndice E.3, Figura E.3).

#### *Rendimento*

Do total de inquiridos 35.6% refere que o seu rendimento líquido mensal se situa entre os 1501 e os 2528 euros, 34.3% refere que este se situa acima dos 2529 euros e 28.1% refere um rendimento inferior ou igual a 1500 euros (Apêndice E.4, Figura E.4).

#### *Nível de Escolaridade*

No que se refere à escolaridade que frequentaram, a maioria dos inquiridos (52.3%) refere ser “licenciado”, um pouco mais de 1/4 (26.2%) refere “não licenciados” e 21.5% apresentam grau superior a licenciatura (Apêndice E.5, Figura E.5).

#### *Agregado familiar*

Apenas foi analisado o número de filhos. O número médio de filhos é de 1.13 com o desvio padrão de 1.026. O mínimo de filhos é de zero e o máximo é de 7. É ainda de apontar que cerca de 1/3 (34,6%) dos inquiridos refere não ter filhos, um pouco mais de 1/4 (27,2%) refere ter um único filho, 30,9% referem ter 2 filhos e apenas 7.4% referem ter 3 ou mais filhos (Apêndice E.6, Figura E.6).

### *Planos para ter filhos nos próximos 3 anos*

Quando questionados sobre se “planeia ter filhos nos próximos 3 anos” a grande maioria dos respondentes (72.1%) afirma que não, 19.0% responde que sim, 1.2% refere inclusive que vão ser pais/mães e 7.7% dos inquiridos não sabe ou não responde (Apêndice E.7, Figura E.7).

As principais razões apontadas para decidir não ter filhos nos próximos 3 anos são:

- Opção pessoal do casal (54.3%)
- Incompatibilidades com o horário atual (15.6%)
- Estar satisfeito com o nº de filhos que tem atualmente (49.1%)
- Incompatibilidades com o trabalho (13.8%)
- A idade (39.3%)
- Incompatibilidades com o emprego (9.9%)
- Dificuldades financeiras (24.2%);
- Atual legislação de proteção de maternidade/paternidade(8.4%)
- Falta de apoio ou Infraestruturas acessíveis ao nível dos cuidados infantis (17.3%)
- Problemas de saúde (6.4%).

### Estilos de Vida

#### *Tabaco*

Do total de inquiridos, 76% são não fumadores. Entre os fumadores (23.7% -96), 1/3 fuma em média entre 6 e 10 cigarros por dia, 1/3 fuma em média 11 a 20 cigarros por dia, 28.1% fuma em média até 5 cigarros por dia e cerca de 3% fuma em média mais de 20 cigarros por dia. Relativamente ao consumo tabágico nos últimos 3 meses, a maioria dos fumadores (63.5%) diz não ter sofrido qualquer alteração no consumo, 17.7% afirma ter fumado mais do que o habitual e 16.6% diz ter fumado menos do que o habitual.

*Consumo de tabaco por sexo:*

No sentido de avaliar se existe alguma relação de dependência entre a variável sexo e a variável consumo de cigarros efetuou-se um teste do Qui-quadrado. Os resultados obtidos ( $\chi^2(1)=2.451, p=.117, n=405$ ) permitem afirmar que as duas variáveis em estudo são independentes (Apêndice E.8, tabela E.8).

*Consumo de tabaco por escalão etário:*

Do total de fumadores, 46.9% têm idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos, 29.2% apresentam idades entre 41 e 50 anos; 12.5% têm entre 51 e 60 anos e 11.5% tem até 30 anos. De entre os não fumadores, 39.2% tem idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos, 35.3% tem idades entre os 41 e os 50 anos, 14.6% têm entre 51 e 60 anos e 9.7% têm até 30 anos (Apêndice E.9, tabela E.9). No sentido de avaliar uma possível associação entre estas variáveis procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados obtidos ( $\chi^2(4)=3.558, p=0.469$ ) permitem-nos concluir que as variáveis são independentes.

*Bebidas Alcoólicas*

Do total de inquiridos 60.7% refere não ser consumidor de bebidas alcoólicas. Entre os consumidores de bebidas alcoólicas 79% consome em média entre 1 e 5 unidades por semana, 14% consome em média 6 a 10 unidades por semana e 7% consome em média mais do que 11 unidades por semana (Apêndice E.10, Figura E.10). Entre os consumidores de bebidas alcoólicas, cerca de 3/4 dos indivíduos (75.8%) refere que o seu consumo de álcool não sofreu alterações nos últimos 3 meses, 2.04% refere que o seu consumo de álcool foi inferior ao habitual e apenas 3.8% refere que este foi superior ao habitual.

*Consumo de bebidas alcoólicas por sexo:*

De entre os consumidores de bebidas alcoólicas, a grande maioria (69.2%) são homens. Entre os não consumidores deste tipo de bebidas temos 64.6% de mulheres. Será que se poderá concluir que entre os homens o consumo de álcool é mais frequente do que entre as mulheres? Para responder à questão efetuou-se um teste do Qui-quadrado. Os

resultados mostram que existe uma relação de dependência entre estas variáveis ( $\chi^2(1)=44.210, p<0.001, n=405$ ) e que a tendência é os homens serem mais frequentemente consumidores de bebidas alcoólicas do que as mulheres (Apêndice E.11, Figura E.11).

*Consumo de bebidas alcoólicas por escalão etário:*

Entre os consumidores de bebidas alcoólicas, 39.6% são indivíduos com idades entre os 31 e os 40 anos, 26.4% têm idades entre os 41 e os 50 anos, 20.8% tem mais de 51 anos e 13.2% têm até 30 anos (Apêndice E.12, tabela E.12; Figura E.13). Para se verificar se as diferenças registadas são estatisticamente significativas procedeu-se à execução de um teste do Qui-quadrado. Os resultados obtidos mostram que existem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2(4)=12.493, p=0.014$ ) e os escalões etários responsáveis (resíduos > 1.96) são o escalão etário dos 31 aos 40 e dos 41 ao 50 anos em que a tendência é o não consumo de álcool (Apêndice E.12, tabela E.12; Figura E.13).

*Café*

Do total de inquiridos, a grande maioria (87.7%) bebe café. De entre os consumidores de café, 53.2% bebem diariamente 1 a 2 cafés, 39.7% bebem entre 3 a 4 cafés por dia; 5.9% bebem entre 5 a 6 cafés e 1.1% bebem mais de 7 cafés por dia. Relativamente ao consumo de café nos últimos 3 meses, 88.7% dos consumidores refere que o seu consumo habitual não sofreu qualquer alteração, 6.2% refere que o seu consumo aumentou e 5.1% refere que este diminuiu neste período.

*Consumo de café por sexo:*

Como se pode observar pela análise da Tabela E.14 (Apêndice E.14), o consumo de café é muito idêntico entre os sexos. Do total de consumidores de café 50.1% são homens e 49.9% são mulheres. Relativamente aos não consumidores 62% são mulheres e 38% são homens.

O teste do qui-quadrado aplicado, no sentido de avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que se refere ao consumo de

café, mostra que as diferenças registadas não são estatisticamente significativas ( $\chi^2(1)=2.586, p=0.108$ ).

*Consumo de café por escalão etário:*

Entre os consumidores de café, 39.7% têm idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos, 34.6% têm idades entre os 41 e os 50 anos, 14.4% tem entre 51 e 60 anos e 10.4% têm até 30 anos (Apêndice E.15, Tabela E.15). No entanto, é de referir que as diferenças entre escalões podem não ser resultantes de um diferente comportamento de consumo, mas devido às dimensões de cada um dos grupos, como se pode verificar, os grupos mais amplamente representados são os que têm entre 31 e 40 anos e 41 a 50 anos. Os resultados obtidos pela aplicação do teste do Qui-quadrado mostram que as duas variáveis são independentes ( $\chi^2(4)=2.723, p=0.605$ ).

*Quantidade de café consumida diariamente por sexo:*

Entre os homens consumidores de café, 52.2% bebem entre 1 a 2 cafés diariamente, 37.6% bebem entre 3 a 4 cafés, 7.9% bebem 5 a 6 cafés e apenas 2% bebem 7 ou mais cafés por dia (Apêndice E.16, Tabela E.16). Nas mulheres, a repartição é a seguinte: 54.2% dizem beber entre 1 a 2 cafés diários, 41.8% bebem entre 3 a 4 cafés e 4% bebem entre 5 a 6 cafés. Para se verificar se existe alguma relação de dependência entre estas variáveis, ou seja, se os homens tendem a beber mais cafés diariamente do que as mulheres, procedeu-se à execução de um teste do Qui-quadrado. Os resultados obtidos pela aplicação do teste do Qui-quadrado mostram que as duas variáveis são independentes ( $\chi^2(1)=6.276, p=0.151$ ), e portanto as diferenças observadas nos consumos são resultado do mero acaso.

*Quantidade de café consumida diariamente por escalão etário (Apêndice E.17, Tabela E.17):*

Entre os indivíduos com 21 a 30 anos, 59.5% bebem entre 1 a 2 cafés por dia, 35.1% bebem 3 a 4 cafés e 5.4% bebem 5 a 6 cafés diariamente.



Entre os indivíduos com 31 a 40 anos: 56.7% bebem 1 a 2 cafés, 39% bebem 3 a 4 cafés, 2.1% bebem 5 a 6 café e apenas 2.1% bebem 7 ou mais cafés por dia.

Entre os indivíduos com 41 a 50 anos: 47.2% bebem 1 a 2 cafés por dia, 43.9% bebem 3 a 4 cafés, 2.8% bebem 5 a 6 cafés e apenas 0.8% bebem 7 ou mais cafés por dia.

Entre os indivíduos com 51 a 60 anos: 52.9% bebem 1 a 2 cafés, 35.3% bebem 3 a 4 cafés e 11.8% bebem 5 a 6 cafés.

Entre os indivíduos com mais de 60 anos: 66.7% bebem 1 a 2 cafés por dia e 33.3% bebem 2 a 3 cafés diários.

No sentido de avaliar se existe alguma associação entre estas variáveis procedeu-se ao teste de *Spearman* (ambas as variáveis em estudo são ordinais) e os resultados obtidos ( $R_s=0.081$ ,  $p=0.129$ ,  $N=355$ ) mostram uma associação positiva muito fraca, estatisticamente não significativa.

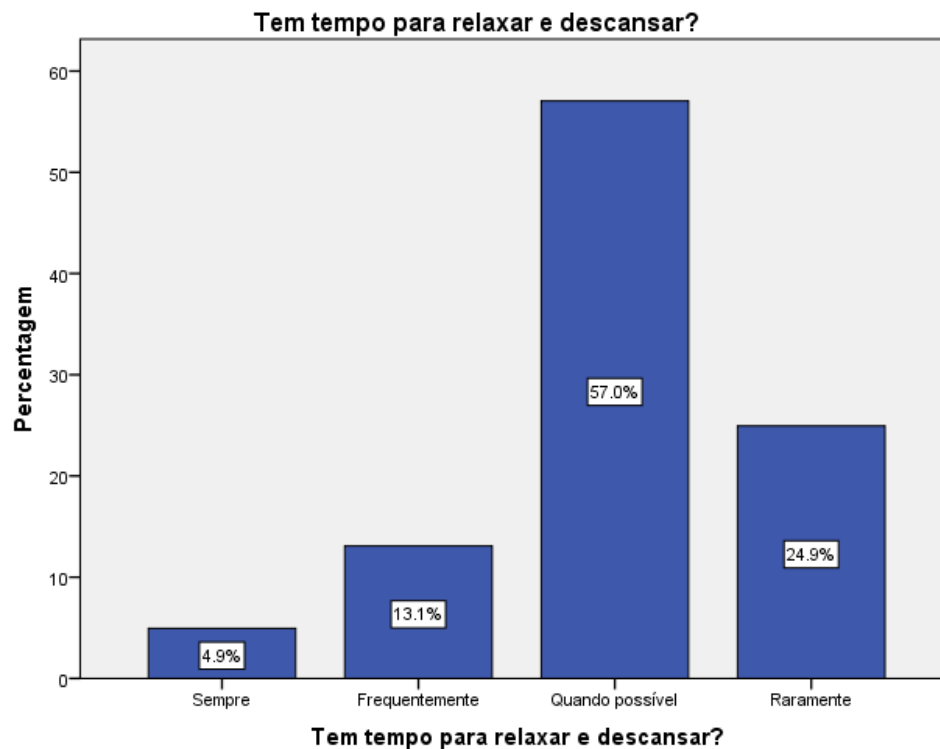
### *Incapacidade*

Do total de inquiridos apenas 5.2% (21 indivíduos) referem ser portadores de alguma incapacidade física/mental. Entre estes indivíduos 57.1% (12) são mulheres e 42.9% (9) são homens (Apêndice E.18, Tabela E.118; Apêndice E.19, Figura 19). No que se refere à repartição dos indivíduos com incapacidade, por escalão etário, verifica-se que os escalões entre os 31 a 40 anos e 41 a 50 anos comportam igual nº de indivíduos com incapacidade física /mental (42.9% -9 indivíduos), no escalão com idades até 30 anos existe apenas 1 indivíduo e no escalão entre os 51 a 60 anos registam-se 2 indivíduos com incapacidade.

### *Interesses e Hobbies*

#### *Tempo Para Relaxar*

Quando questionados sobre se têm tempo para relaxar, 57 % dos inquiridos responde que têm “quando possível”, 13.1% responde “frequentemente”, 24.9% que “raramente” tem tempo para relaxar e apenas 4.9% refere ter “sempre” tempo (Figura 12).



**Figura 12.** Disponibilidade de tempo para relaxar e descansar.

*Será que o tempo para relaxar é igualmente distribuído entre homens e mulheres?*

De entre os indivíduos que respondem ter “sempre” tempo para relaxar a maioria são homens (65%), também entre as respostas “frequentemente” e “quando possível” se observa uma maioria de respostas entre os homens (52.8% e 53.7%, respetivamente). Relativamente à resposta “raramente”, aqui são as mulheres que registam uma maioria acentuada (68.3%) (Apêndice E.23, Tabela.E.23; Apêndice E.24, Figura E.24).

Para averiguar se as diferenças observadas entre homens e mulheres é estatisticamente significativa ou resultado do mero acaso, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado.

Os resultados obtidos permitem concluir que a distribuição do tempo para relaxar entre homens e mulheres não é homogénea ( $\chi^2(3)=16.489, p=0.001, n=405$ ) e, portanto, que se registam diferenças estatisticamente significativas. Para além disso, a análise dos resíduos permite afirmar que as diferenças que são efetivamente significativas observam-se entre homens e mulheres na resposta “quando possível” e na resposta “raramente” (resíduos>1.96). Parece, pois, poder afirmar-se que as mulheres tendem a apresentar menos tempo para relaxar do que os homens.

*Será que o tempo para relaxar é igualmente distribuído entre os diferentes escalões etários?* (Apêndice E.25, Tabela E.25; Apêndice E.26, Figura E.26).

Entre os indivíduos que responderam “sempre”: 45% tem idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos, 20% têm entre 41 e 50 anos, 1/4 têm entre 51 e 60 anos e os restantes 10% têm até 30 anos.

Entre os indivíduos que responderam “Frequentemente”: 39.6% têm entre 31 e 40 anos, 32.1% têm 41 a 50 anos, 18.9% entre 51 e 60 anos, 7.5% têm até 30 anos e apenas 1.9% têm mais de 60 anos.

Entre os indivíduos que responderam “Quando possível”: 41.1% têm entre 31 e 40 anos, 30.7% têm 41 a 50 anos, 14.7% têm 51 a 60 anos, 12.7% têm até 30 anos e apenas 0.9% têm mais de 60 anos.

Entre os indivíduos que responderam “Raramente” 44.6% têm idades entre os 41 e os 50 anos, 40.6% têm 31 a 40 anos, 5.9% têm até 30 anos e 8.9% têm mais de 50 anos.

Para averiguar se existe algum tipo de associação entre o escalão etário e o tempo para relaxar, procedeu-se a um teste de *Spearman*. Os resultados obtidos permitem concluir que não existe associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $R_s=.007$ ,  $p=0.888$ ,  $n=405$ ).

*Será que o tempo para relaxar é igualmente distribuído entre os diferentes escalões de rendimento líquido mensal?* (Apêndice E.27, Tabela E.27; Apêndice E.28, Figura E.28).

Entre os indivíduos que responderam ter “sempre” tempo para relaxar: 45% têm um rendimento entre 1501 a 2014 euros, 30% auferem entre os 2015 e 2528 euros, 20% auferem entre 987 e 1500 euros e apenas 5% auferem entre 3043 e 3556 euros.

Entre os indivíduos que responderam ter tempo para relaxar “Frequentemente”: 22.6% têm um rendimento de 987 a 1500 euros, 18.9% têm um rendimento de 1501 a 2014 euros, 17% auferem 2529 a 3042 euros, com a mesma percentagem têm-se os indivíduos que auferem mais de 3556 euros, 15.1% auferem 3043 a 3556 euros e 5.5% auferem entre os 987 e 2014 euros.

Entre os indivíduos que responderam ter tempo para relaxar “Quando possível”: 25.2% auferem entre 987 a 1500 euros, 18.6% auferem entre 1501 e 2014 euros, 16.8% auferem entre o 2015 e 2528 euros, 14.6% auferem mais de 3556 euros, 12.4% recebem entre 3043 e 3556 euros, 8.8% recebem entre os 2529 e 3042 euros e 3.5% recebem entre 486 e 986 euros.

Entre os indivíduos que responderam ter tempo para relaxar “Raramente”: 32.7% recebem entre 987 e 1500 euros, 19.4% recebem entre 2015 e 2528 euros, 15.3% recebem entre 1501 e 2014 euros, 12.2% recebem mais de 3556 euros, 11.2% recebem entre 2529 e 3042 euros, 8.2% recebem entre 3043 e 3556 euros e apenas 1% recebem entre 486 e 986 euros.

Para averiguar se existe algum tipo de associação entre o escalão de rendimento líquido mensal e o tempo para relaxar, procedeu-se a um teste de *Spearman*. Os resultados obtidos permitem concluir que não existe associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $R_s = .043$ ,  $p = 0.394$ ,  $N = 397$ ).

*Será que o tempo para relaxar é igualmente distribuído entre as diferentes categorias de estado civil?* (Apêndice E.29, Tabela E.29; Apêndice E.30, Figura E.30).

Entre os indivíduos que responderam que têm “sempre” tempo para relaxar: 50% são casados, 30% são divorciados ou separados, 15% são solteiros e 5% são solteiros a viver maritalmente.

Entre os indivíduos que responderam que tem “Frequentemente” tempo para relaxar: 62.3% são casados, 18.9% são solteiros, 11.3% são divorciados ou separados, 3.8% são viúvos e 3.8% são solteiros a viver maritalmente.

Entre os indivíduos que responderam que tem “Quando possível” tempo para relaxar: 60.6% são casados, 18.6% são solteiros, 12.1% são divorciados ou separados, 7.4% são solteiros a viver maritalmente e 1.3% são viúvos.

Entre os indivíduos que responderam que tem “raramente” tempo para relaxar: 81.2% são casados 9.9% são divorciados ou separados, 5% são solteiros, 3% são solteiros a viver maritalmente e apenas 1% são viúvos.

Para averiguar se as diferenças observadas entre as diversas categorias do estado civil são estatisticamente significativas ou resultado do mero acaso, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados obtidos permitem concluir que a distribuição do tempo para relaxar entre as diferentes categorias de estado civil não é homogénea ( $\chi^2(12)=25.559$ ,  $p=0.012$ ,  $n=405$ ) e portanto que se registam diferenças estatisticamente significativas. Para além disso, a análise dos resíduos permite afirmar que as diferenças que são efetivamente significativas se observam entre os casados na resposta “Quando possível” e na resposta “raramente” (resíduos $>1.96$ ).

*Será que o tempo para relaxar é igualmente distribuído entre os diferentes graus de ensino?* (Apêndice E.31, Tabela E.31)

Entre os indivíduos que responderam que tem “sempre” tempo para relaxar: 25% têm o ensino secundário, 25% tem o ensino pós-secundário, 25% têm licenciatura, 10% têm bacharelato, 5% apresentam pós-graduação, 5% têm mestrado e 5% apresentam outro nível de ensino não especificado.

Entre os indivíduos que responderam que tem “frequentemente” tempo para relaxar: 43.4% são licenciados, 17% têm pós-graduação, 11.3% tem o ensino pós-secundário, 9.4% têm o ensino secundário, 7.5% têm mestrado, 7.5% têm o bacharelato, 1.9% têm o doutoramento e 1.9% apresentam outro tipo de nível de ensino não especificado.

Entre os indivíduos que responderam ter tempo para descansar “quando possível”.

Entre os indivíduos que reponderam “raramente” ter tempo para descansar.

Para averiguar se existe algum tipo de associação entre o nível de ensino frequentado e o tempo para relaxar, procedeu-se a um teste de *Spearman*. Os resultados obtidos permitem concluir que não existe associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $R_s=-0.015$ ,  $p=0.767$ ,  $n=405$ ).

*Será que o tempo para relaxar é igualmente distribuído entre os diferentes grupos funcionais?* (Apêndice E.32, Tabela E.32; Apêndice E.33, Figura E.33).

Entre os indivíduos que responderam que tem “sempre” tempo para relaxar: 35% são técnicos, 35% são administrativos, 20% são comerciais e 10% são comerciais com coordenação.

Entre os indivíduos que responderam que tem “frequentemente” tempo para relaxar 37.7% são técnicos, 24.5% são comerciais, 17% são administrativos, 15.1% são gestores intermédios 3.8% são comerciais com coordenação e 1.9% são gestores de topo.

Entre os indivíduos que responderam que tem tempo para relaxar “quando possível”: 29% são comerciais, 29% são técnicos, 17.7% são administrativos, 13.4% são gestores intermédios, 7.8% são comerciais com coordenação e 3% são gestores de topo.

Entre os indivíduos que responderam “raramente” ter tempo para relaxar: 36.6% são técnicos, 20.8% são comerciais, 15.8% são administrativos, 13.9% são comerciais com coordenação, 10.9% são gestores intermédios e 2% são gestores de topo.

Para averiguar se as diferenças observadas entre as diferentes categorias de função são estatisticamente significativas ou resultado do mero acaso, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados obtidos permitem concluir que a distribuição do tempo para relaxar entre os diferentes grupos funcionais é homogénea ( $\chi^2(15) = 16.431$ ,  $p = 0.354$ ,  $n = 405$ ) e, portanto, que não se registam diferenças estatisticamente significativas.

*Será que o tempo para relaxar é igualmente distribuído entre os indivíduos com diferente nº de filhos?* (Apêndice E.34, Tabela E.34; Apêndice E.35, Figura E.35).

Entre os indivíduos que responderam que tem “sempre” tempo para relaxar: 60% não têm filhos, 35% têm 1 filho e 5% têm 2 filhos.

Entre os indivíduos que responderam que tem “frequentemente” tempo para relaxar: 39.6% não têm filhos, 28.3% têm 1 filho, 28.3% têm 2 filhos e apenas 3.8% têm 3 ou mais filhos.

Entre os indivíduos que responderam que tem tempo para relaxar “quando possível”: 39% não têm filhos, 26% têm 1 filho, 26.8% têm 2 filhos e 8.2% têm 3 ou mais filhos.

Entre os indivíduos que responderam "raramente" ter tempo para relaxar: 46.5% têm 2 filhos, 27.7% têm 1 filho, 16.8% não têm filhos e 8.9% têm 3 ou mais filhos.

Para averiguar se existe algum tipo de associação entre o nº de filhos e o tempo para relaxar, procedeu-se a um teste de *Spearman*. Os resultados obtidos permitem concluir que existe associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ( $R_s = -0.239$ ,  $p < 0.001$ ,  $n = 405$ ). Assim parece poder afirmar-se que as pessoas com mais filhos têm menos tempo para relaxar.

#### *Existência de Interesses ou Hobbies*

Relativamente a esta questão a grande maioria dos inquiridos (89.6%) manifestou ter alguns interesses ou *hobbies*.

#### *Convívio em contexto social com os colegas de trabalho*

Relativamente a esta questão a repartição das respostas é muito similar: 50.1% dos inquiridos diz conviver com os colegas em contexto social e 48.9% diz que não.

#### *Impacte da crise económica no bem-estar*

A grande maioria dos inquiridos (82%) refere que a crise está a ter impacte no seu bem-estar.

*Será que o impacte da crise económica no bem-estar é igualmente distribuído entre homens e mulheres?*

Do total de indivíduos que respondeu que a crise não afectou o seu bem-estar 53.4% são mulheres e 46.6% são homens. Relativamente aos que afirmam que a crise teve ou está ter um impacte no seu bem-estar 50.9% são mulheres e 49.1% são homens (Apêndice E.36, tabela 24).

Para averiguar se as diferenças observadas entre homens e mulheres no que se refere às respostas a esta questão, são estatisticamente significativas ou resultado do mero acaso, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados obtidos permitem concluir que as diferenças observadas entre géneros não são estatisticamente significativas ( $\chi^2(1) = 0.152$ ,  $p = 0.696$ ,  $n = 405$ ).

*Será que o impacte da crise económica no bem-estar é igualmente distribuído entre os diferentes escalões etários? (Apêndice E.36, Tabela E.36).*

Entre os indivíduos que responderam que a crise não está a ter impacte no seu bem-estar 46.6% têm idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos, 31.5% têm 41 a 50 anos, 12.3% têm até 30 anos 8.2% têm entre 51 e 60 anos e 1.4% têm mais de 60 anos.

Entre os indivíduos que afirmam que a crise económica está a afetar o seu bem-estar, 39.8% têm entre 31 e 40 anos, 34.3% têm entre 41 e 50 anos, 15.4% têm entre os 51 e os 60 anos, 9.6% têm até 30 anos e apenas 0.9% têm mais de 60 anos.

Para averiguar se as diferenças observadas entre os diferentes escalões etários no que se refere às respostas a esta questão, são estatisticamente significativas ou resultado do mero acaso, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados obtidos permitem concluir que as diferenças observadas entre os diferentes escalões etários não são estatisticamente significativas ( $\chi^2(4)=3.549, p=0.471, n=405$ ).

#### 4.1.1 Resultados das análises descritivas univariadas e bivariadas

Os resultados da análise descritiva permitiram identificar problemas do ponto de vista da análise da distribuição de frequências com as seguintes variáveis:

*Absentismo.* Distribuição assimétrica e leptocúrtica, indica que existe um número muito reduzido de participantes que referem perdas de horas de trabalho (i.e., valores positivos) e que a maioria dos participantes excede entre 20 e 0 horas de trabalho.

*CAGE.* Distribuição assimétrica e leptocúrtica, indica que a frequência de resultados superiores a 0 é muito reduzida, acrescentando ainda o facto deste instrumento ter sido respondido apenas por 159 participantes.

*Presentismo.* Distribuições assimétricas com uma frequência reduzida de participantes que referem ter perdas de desempenho quer no presentismo absoluto quer no presentismo relativo.

*MHI5.* Distribuição assimétrica com uma frequência reduzida de participantes a reportarem níveis de bem-estar reduzidos.



Importa notar que as características das distribuições para o Absentismo e o CAGE evidenciam assimetrias e desvios severos no achatamento, sugerindo-se assim a exclusão destas variáveis de análises subsequentes. Por sua vez, as características das distribuições do HPQp e MHI5 revelam assimetrias mais moderadas e que, com transformações adequadas, poderão permitir a utilização em análises subsequentes.

### Correlações

A análise das correlações evidencia dois conjuntos de resultados importantes:

Primeiro, as variáveis Absentismo e CAGE, salvo exceções pontuais, não se correlacionam significativamente com nenhuma das outras variáveis em estudo. Estes resultados estão de acordo com os dados da análise descritiva que evidenciam distribuições de frequência muito assimétricas e leptocúrticas e reforçam a sugestão de não utilizar estas variáveis em análises subsequentes.

Segundo, existem grupos de variáveis com correlações muito fortes entre si (acima de 0.40):

As sub-escalas do ASSET, particularmente a relação no trabalho (RT), controlo (C), e recursos e comunicação (RC). Estes resultados sugerem que algumas das sub-escalas do ASSET podem estar a medir construtos muito semelhantes e apela a uma revisão cuidada dos itens que compõem os indicadores criados, ou inclusivamente à utilização de apenas algumas das sub-escalas.

As sub-escalas do ASSET com a Escala de Satisfação no Trabalho (EST). Estes resultados sugerem, de forma semelhante com o referido em cima só para o ASSET, que as sub-escalas do ASSET e a EST podem estar a medir construtos muito semelhantes. Isto é um bom indício de validade convergente, mas implica a reflexão sobre utilizar apenas uma destas medidas (sub-escalas do ASSET ou EST), ou ambas as medidas nos modelos estatísticos mais complexos.

As sub-escalas do ASSET da saúde física (SF) e saúde mental (SM) entre si e com outros indicadores de saúde nomeadamente o MHI5 e SHS. Novamente, são um bom indicador de validade convergente para as medidas de saúde, mas que revela uma possível redundância das variáveis e que, portanto, implica a reflexão sobre quais destas medidas

devem integrar os modelos estatísticos mais complexos. Algumas tabelas estão representadas nos Apêndices G.

#### 4.1.2 Síntese das análises descritivas na amostra global

Estes resultados permitiram responder aos seguintes objetivos:

*Objetivo 1:* Caracterizar a amostra de trabalhadores de uma organização bancária mutualista.

*Análises estatísticas:* descritivas preliminares, univariadas e bivariadas.

##### *Resultados sumários*

A amostra é constituída por 405 inquiridos com uma idade média de 41.2 anos (DP=8.27), com um mínimo registado de 22 anos e um máximo de 64 anos; a maioria são homens (51.4%), casados ou a viver em união de facto (65.4%) (Apêndice D.7, Figura D.7). Dos inquiridos 46% são licenciados, 15% tem o ensino secundário, 13% têm ensino superior e pós-graduação, 7% tem Mestrado e apenas 1% Doutoramento.

Relativamente à função desempenhada mais de 68% são técnicos ou comerciais, 18% são administrativos, 12% são gestores intermédios, 9% são comerciais com coordenação e apenas 2.5% são gestores de topo (Apêndice D.9; Figura D.9). No que se refere ao rendimento líquido um pouco mais de 1/4 dos respondentes (25.9%) refere auferir um rendimento líquido entre os 987 e 1500 euros mensais, cerca de 24.4% dos respondentes referem valores superiores a 3043 euros, 18.8% auferem entre 1501 e 2014 euros, 16.8% auferem entre 2015 e 2528 euros mensais e apenas 2.2% referem um rendimento abaixo dos 986 euros mensais.

Nos respetivos capítulos (4.1 e 4.1.1) descrevem-se os resultados detalhados.

## 4.2 Análises de prevalências

### 4.2.1 Prevalência de presentismo

O presentismo foi avaliado por um conjunto de 3 questões cotadas de zero a dez, em que “0” representa “Pior desempenho no trabalho” e “10 – Melhor desempenho no trabalho”. Cotações entre 1 e 3 classificam-se como “desempenhos abaixo da média”, cotações de 4 a 6 classifica-se como “acima ou dentro da média de desempenho” e cotações entre 7 e 9 são classificadas como “bom desempenho”.

#### *Presentismo 1*

Relativamente à classificação do desempenho habitual da maioria dos trabalhadores que exercem a sua função, maioria dos inquiridos (52.8%) classifica-o com “bom desempenho”, 40.3% classifica-o como “dentro da média”, 6.1% classifica-o como “desempenho abaixo da média”, apenas 0.7% lhe atribui cotação máxima e não se registam respostas com classificação “zero” (Apêndice E.38, Figura E.38).

#### *Presentismo 2*

Relativamente à classificação do desempenho habitual no trabalho no último ano ou nos dois últimos anos, a grande maioria dos inquiridos (83.5%) classifica-o com “bom desempenho”, 13.9 % classifica-o como “dentro da média”, 2.5% atribui cotação máxima e apenas 0.2% lhe atribui um “desempenho abaixo da média”. Não se registam respostas com classificações abaixo de “três” (Apêndice E.39, Figura E.39).

#### *Presentismo 3*

Relativamente à classificação do desempenho geral no trabalho nos dias em que trabalhou durante as últimas quatro semanas, a maioria dos inquiridos (79%) classifica-o com “bom desempenho”, 17.8 % classifica-o como “dentro da média”, 2.7% atribui cotação máxima e apenas 0.5% lhe atribui um “desempenho abaixo da média”. Não se registam respostas com classificações abaixo de “dois” (Apêndice E.40, Figura E.40).

### *Presentismo por Sexo*

#### *Presentismo 1*

Como se pode observar pela análise da Tabela E.41 (Apêndice E.41) e/ou da figura E.42 (Apêndice E.42) do total de respondentes masculinos: 60.5% classificam o “desempenho habitual da maioria dos trabalhadores que exercem a sua função” com “bom desempenho”, 34.6% classificam-no como “dentro da média”, 4.6% classificam-no com “abaixo da média” e apenas 0.5% lhe atribuem a classificação máxima. No que se refere às mulheres: 49.7% classificam-no com “bom desempenho”, 45.7% classificam-no como “dentro da média”, 7.7% classificam-no com “abaixo da média” e apenas 1% lhe atribuem a classificação máxima.

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os homens e as mulheres no que se refere ao “desempenho habitual da maioria dos trabalhadores que exercem a sua função”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2(3)=9.165$ ,  $p=0.020$ ). Assim, pode afirmar-se que os homens tendem em atribuir mais classificações de “bom desempenho” e as mulheres tendem em atribuir mais classificações “dentro da média” (Apêndice E.43, Tabela E.43; Apêndice E.44, Figura E.44).

#### *Presentismo 2*

Como se pode observar pela análise da tabela 28 (Apêndice E.45) e/ou da Figura E.46 (Apêndice E.46) do total de respondentes masculinos: 86.3% classificam “o seu desempenho habitual no trabalho no último ano ou nos dois últimos anos” com “bom desempenho”, 10.7% classificam-no como “dentro da média” e 3% atribuem-lhe a classificação máxima. No que se refere às mulheres: 80.8% classificam-no com “bom desempenho”, 16.8% classificam-no como “dentro da média”, 0.5% classificam-no com “abaixo da média” e 1.9 % atribuem-lhe a classificação máxima.

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os homens e as mulheres no que se refere a “o seu desempenho habitual no trabalho no último ano ou nos dois últimos anos”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2(3)=4.616$ ,  $p=0.171$ ). Assim, pode afirmar-se que as diferenças observadas na classificação desta variável entre homens e mulheres não é estatisticamente significativa sendo resultado do mero acaso.

### *Presentismo 3*

Como se pode observar pela análise da Tabela 48 (Apêndice E.48) e/ou da Figura E.42 (Apêndice E.42) do total de respondentes masculinos: 82.7% classificam “o seu desempenho geral no trabalho nos dias em que trabalhou durante as últimas quatro semanas” com “bom desempenho”, 14.7% classificam-no como “dentro da média” e 2.5% atribuem-lhe a classificação máxima. No que se refere às mulheres: 75.5% classificam-no com “bom desempenho”, 20.7% classificam-no como “dentro da média”, 1.0% classificam-no como “abaixo da média” e 2.9 % atribuem-lhe a classificação máxima.

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os homens e as mulheres no que se refere a “o seu desempenho geral no trabalho nos dias em que trabalhou durante as últimas quatro semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2(3)=4.630$ ,  $p=0.188$ ). Assim, pode afirmar-se que as diferenças observadas na classificação desta variável entre homens e mulheres não é estatisticamente significativa, sendo resultado do mero acaso.

### *Presentismo por Escalão Etário*

#### *Presentismo 1*

Como se pode observar pela análise da Tabela E.51A (Apêndice E.51) e/ou da Figura 48 (Apêndice E.52) do total de respondentes com idades inferiores ou iguais a 45 anos: 48.3% classificam o “desempenho habitual da maioria dos trabalhadores que exercem a sua função” com “bom desempenho”, 44.4% classificam-no como “dentro da média”, 6.3%

classificam-no como “abaixo da média” e apenas 1% lhe atribui a classificação máxima. No que se refere aos indivíduos com mais de 45 anos: 63.9% classificam-no com “bom desempenho”, 30.3% classificam-no como “dentro da média” e 5.9% classificam-no como “abaixo da média”.

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os diferentes escalões etários no que se refere à avaliação do “desempenho habitual da maioria dos trabalhadores que exercem a sua função”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2(3)=9.331$   $p=0.024$ ). Assim, pode afirmar-se que os indivíduos com menos de 45 anos tendem a atribuir mais classificações de “bom desempenho” e “dentro da média” do que os indivíduos com mais de 45 anos. No entanto é de salientar que estas diferenças podem ser artefactuais uma vez que na amostra cerca de 70% dos indivíduos têm menos de 45 anos.

### *Presentismo 2*

Como se pode observar pela análise da Tabela E.52 (Apêndice E.52) e/ou Figura E.55 (Apêndice E.55) do total de respondentes com idades inferiores ou iguais a 45 anos : 82.9% classificam “o seu desempenho habitual no trabalho no último ano ou nos dois últimos anos” com “bom desempenho”, 14.3% ” e 2.4% atribuem-lhe a classificação máxima. No que se refere aos indivíduos com mais de 45 anos: 84.9% classificam-no com “bom desempenho”, 12.6% classificam-no como “dentro da média” e 2.5% atribui-lhe classificação máxima.

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os diferentes escalões etários no que se refere à avaliação de “o seu desempenho habitual no trabalho no último ano ou nos dois últimos anos”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2(3)=0.640$   $p=0.953$ ). Assim, pode afirmar-se que as diferenças observadas na classificação desta variável, entre os escalões etários, não são estatisticamente significativas sendo resultado do mero acaso. No entanto, é de salientar que estas diferenças podem ser

artefactuais uma vez que na nossa amostra cerca de 70% dos indivíduos têm menos de 45 anos.

### *Presentismo 3*

Como se pode observar pela análise da Tabela E.57 (Apêndice E.57) e/ou Figura E.58 (Apêndice E.58) do total de respondentes com idades inferiores ou iguais a 45 anos: 75.5 % classificam “o seu desempenho geral no trabalho nos dias em que trabalhou durante as últimas quatro semanas” com “bom desempenho”, 21.0% classificam-no como “dentro da média”, 0.7% classificam-no com “abaixo da média” e 2.8% atribuí-lhe a classificação máxima. No que se refere aos indivíduos com mais de 45 anos: 87.4% classificam-no com “bom desempenho”, 10.1% classificam-no como “dentro da média” e 2.5% atribuí-lhe classificação máxima.

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os diferentes escalões etários no que se refere à avaliação de “o seu desempenho geral no trabalho nos dias em que trabalhou durante as últimas quatro semanas”, procedeu-se a um teste de Fisher uma vez que os pressupostos do qui-quadrado não são válidos. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2=7.873$ ,  $p=0.032$ ). Assim, pode afirmar-se que os indivíduos com menos de 45 anos tendem a atribuir mais classificações de “bom desempenho” e “dentro da média” do que os indivíduos com mais de 45 anos. No entanto é de salientar que estas diferenças podem ser artefactuais uma vez que na nossa amostra cerca de 70% dos indivíduos têm menos de 45 anos.

### *Presentismo por Grupo Funcional*

#### *Presentismo 1*

Entre os Gestores, o “desempenho habitual da maioria dos trabalhadores que exercem a sua função” é classificado da seguinte forma: 63.3% com “bom desempenho”, 28.3% “dentro da média” e 8.3% classificam-no com “abaixo da média”. Entre os Técnicos a classificação registada para esta variável é de: 57.3% com “bom desempenho”, 37.4% “dentro da média” e 5.3% classificam-no com “abaixo da média”. Entre os Comerciais a repartição é: 52.5% com “bom desempenho”, 43.3% “dentro da média”, 3.5% classificam-no

com “abaixo da média” e 0.7% atribuem-lhe cotação máxima. Por último, entre os Administrativos, a repartição é: 37.0% com “bom desempenho”, 49.3% “dentro da média”, 11.0% classificam-no com “abaixo da média” e 2.7% atribuem-lhe cotação máxima (Apêndice E.59, Tabela E.59; Apêndice E.61, Figura E.61).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os diferentes grupos funcionais no que se refere à avaliação de “desempenho habitual da maioria dos trabalhadores que exercem a sua função”, procedeu-se a um teste de Fisher (uma vez que os pressupostos do Qui-quadrado não são válidos). Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2=18.307$ ,  $p=0.015$ ). Assim, pode afirmar-se que os administrativos tendem a atribuir menos classificações de “Bom desempenho” do que os indivíduos dos outros grupos funcionais ( $|\text{resíduos}|>2$ ).

#### *Presentismo 2*

Entre os Gestores, a variável “o seu desempenho habitual no trabalho no último ano ou nos dois últimos anos” é classificado da seguinte forma: 86.7% com “bom desempenho”, 10.0% “dentro da média” e 3.3% atribuem-lhe cotação máxima. Entre os Técnicos a classificação registada para esta variável é de: 81.7% com “bom desempenho”, 13.0% “dentro da média”, 0.8% classificam-no com “abaixo da média” e 4.6% atribuem-lhe cotação máxima. Entre os Comerciais a repartição é: 84.4% com “bom desempenho”, 14.9% “dentro da média” e 0.7% atribuem-lhe cotação máxima. Por último, entre os Administrativos, a repartição é: 82.2% com “bom desempenho”, 16.4% “dentro da média” e 2.7% atribuem-lhe cotação máxima (Apêndice E.63, Tabela E.63; Apêndice E.64, Figura E.64).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os diferentes grupos funcionais no que se refere à avaliação de “o seu desempenho habitual no trabalho no último ano ou nos dois últimos anos”, procedeu-se a um teste de Fisher (uma vez que os pressupostos do Qui-quadrado não são válidos). Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=8.229$ ,  $p=0.485$ ). Assim, pode afirmar-se que as diferentes classificações registadas são resultado do mero acaso.



### *Presentismo 3*

Entre os Gestores, a variável “o seu desempenho geral no trabalho nos dias em que trabalhou durante as últimas quatro semanas” é classificado da seguinte forma: 90.0% com “bom desempenho”, 8.3% “dentro da média” e 1.7% atribuem-lhe cotação máxima. Entre os Técnicos a classificação registada para esta variável é de: 79.4% com “bom desempenho”, 16.0% “dentro da média”, 0.8% classificam-no com “abaixo da média” e 3.8% atribuem-lhe cotação máxima. Entre os Comerciais a repartição é: 78.0% com “bom desempenho”, 19.9% “dentro da média”, 0.7% com “abaixo da média” e 1.4% atribuem-lhe cotação máxima. Por último entre os Administrativos a repartição é: 71.2% com “bom desempenho”, 24.7% “dentro da média” e 4.1% atribuem-lhe cotação máxima (Apêndice E.65, Tabela E.65; Apêndice E.67, Figura E.67).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os diferentes grupos funcionais no que se refere à avaliação de “o seu desempenho geral no trabalho nos dias em que trabalhou durante as últimas quatro semanas”, procedeu-se a um teste de Fisher (uma vez que os pressupostos do Qui-quadrado não são válidos). Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2=10.621$ ,  $p=0.214$ ). Assim, pode afirmar-se que as diferentes classificações registadas são resultado do mero acaso.

#### 4.2.2 Prevalência de absentismo

A grande maioria dos inquiridos (79.3%) não faltou nenhum dia ao trabalho nos últimos três meses por motivos de doença ou acidente, 8.6% faltaram apenas 1 dia, 8.9% faltaram entre 2 e 5 dias e apenas 3.2% faltaram mais de 6 dias (Apêndice E.68, Figura E.68).

#### *Absentismo por sexo*

Entre os respondentes que não faltaram ao trabalho por motivo de doença ou acidente, nos últimos 3 meses, contam-se 72.6% do total das mulheres e 86.3% do total dos homens. Entre os indivíduos que deram uma falta ao trabalho contam-se 10.1% do total de mulheres e 7.1% do total dos homens. Entre os indivíduos que deram entre 2 e 5 faltas ao trabalho contam-se 13.5% das mulheres e 4.1% dos homens. Por último, entre os indivíduos

que deram mais de 6 faltas ao trabalho estão 3.8% das mulheres e apenas 2.5% dos homens (Apêndice 69, Tabela E.69; Apêndice E.70, Figura E.70).

No sentido de avaliar se existem diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao absentismo procedeu-se a um teste do qui-quadrado. Os resultados obtidos permitem afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2(3)=14.040$ ,  $p=0.003$ ). As diferenças são significativas entre os homens e as mulheres na opção zero faltas o que significa que os homens tendem a dar zero faltas mais vezes do que as mulheres e na opção “2 a 5” faltas com as mulheres a darem mais vezes 2 a 5 faltas do que os homens.

#### *Absentismo por escalão etário*

Entre os indivíduos que não faltaram ao trabalho por motivo de doença ou acidente nos últimos três meses contam-se 79.7% do total de respondentes com idade até 45 anos e 78.2% dos indivíduos com mais de 45 anos. Entre os indivíduos que faltaram uma vez ao trabalho, estão 8.7% dos respondentes com idade até 45 anos e 8.4% do total de respondentes com menos de 45 anos. Entre os indivíduos que registaram 2 a 5 faltas ao trabalho: estão 8.0% do total dos indivíduos com idade até 45 anos e 10.9% dos respondentes com mais de 45 anos. Por último, para os indivíduos que registaram mais de 6 faltas ao trabalho contam-se 35% do total dos respondentes com idade até 45 anos e 2.5% dos que apresentam idade inferior a 45 anos (Apêndice E.71, Tabela E.71; Apêndice E.72, Figura E.72).

No sentido de avaliar se existem diferenças entre escalões etários no que se refere ao absentismo procedeu-se a um teste do qui-quadrado. Os resultados obtidos permitem afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2(3)=1.072$ ,  $p=0.784$ ).

#### *Absentismo por grupo funcional*

A resposta mais frequente para qualquer dos grupos funcionais é “zero” faltas ao trabalho por motivos de doença ou acidente, nos últimos 3 meses (Gestores: 86.7%, Técnicos: 78.6%, Comerciais: 80.1% e Administrativos: 72.6%). A segunda resposta mais frequente não é unânime entre todos os grupos funcionais: assim, para os gestores e

comerciais esta é uma falta (Gestores: 6.7% e comerciais: 9.2%) enquanto que para os técnicos e administrativos esta é 2 a 5 faltas (Técnicos: 9.9% e Administrativos: 11.0%). A resposta menos frequente em todos os grupos funcionais é mais de 6 faltas (gestores: 1.7%, Técnicos: 3.1%, Comerciais: 2.1% e administrativos: 6.8%) (Apêndice E.73, Tabela E.73; Apêndice E.74, Figura E.74).

No sentido de avaliar se existem diferenças entre os diferentes grupos funcionais, no que se refere ao absentismo procedeu-se a um teste do qui-quadrado. Os resultados obtidos permitem afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2(9)=6.789$ ,  $p=0.659$ ).

#### 4.2.3 Prevalência de sofrimento psicológico

A análise da prevalência de sofrimento psicológico na amostra global (através do MHI-5) está descrita (Figuras E.75 a E.78, Apêndices E.75 a E.78).

##### *Sufrimento psicológico por sexo*

##### *MHI5\_1*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram muito nervosos nas últimas 4 semanas, os inquiridos do sexo masculino: 52.3% referem “pouco tempo”, 21.8% “nunca”, 15.2% “algum tempo”, 7.6% “bastante tempo”, 2.5% “a maior parte do tempo” e apenas 0.5% refere “sempre”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos do sexo feminino a repartição das respostas é a seguinte: 50% referem “pouco tempo”, 22.6% “algum tempo”, 9.6% “bastante tempo”, 8.7% “nunca”, 8.2% “a maior parte do tempo” e apenas 1.0% refere “sempre” (Apêndice E.80, Apêndice E.81).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os homens e as mulheres no que se refere ao “tempo que se sentiu muito nervoso nas últimas 4 semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=21.314$ ,  $p<0.001$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.80, Tabela E.80) podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}|>2$ ) na resposta “Nunca”- com os homens a

afirmarem “nunca” se sentiram nervosos muito mais vezes do que as mulheres; e na resposta “maior parte do tempo” – com as mulheres a afirmarem que se sentiram mais vezes com algum nervosismo do que os homens.

#### *MHI5\_2*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram deprimidos, que nada os animava, nas últimas 4 semanas, os inquiridos do sexo masculino: 53.3% referem “nunca”, 32.5% “pouco tempo”, 9.1% “algum tempo”, 3.6% “bastante tempo”, 1.0% “a maior parte do tempo” e apenas 0.5% refere “sempre”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos do sexo feminino a repartição das respostas é a seguinte: 35.6% referem “pouco tempo”, 34.1% “nunca”, 20.7% “algum tempo”, 3.8% “bastante tempo”, 3.4% “a maior parte do tempo” e 2.4% refere “sempre” (Apêndice E.82, Tabela E.82; Apêndice E.83, Figura E.83).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os homens e as mulheres no que se refere ao “tempo que se sentiu muito deprimido, que nada o animava, nas últimas 4 semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=22.768$ ,  $p<0.001$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.82, Tabela E.82) podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}|>2$ ) na resposta “Nunca”- com os homens a afirmarem “nunca” se sentiram tão deprimidos que nada os animava muito mais vezes do que as mulheres; e na resposta “algum tempo” – com as mulheres a afirmarem que se sentiram mais vezes deprimidas do que os homens.

#### *MHI5\_3*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram calmos ou tranquilos, que nada os animava, nas últimas 4 semanas, os inquiridos do sexo masculino: 42.1% referem “a maior parte do tempo”, 21.8% “bastante tempo”, 21.3% “algum tempo”, 9.1% “sempre” e 5.6% “pouco tempo”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos do sexo feminino a repartição das respostas é a seguinte: 32.7% referem “a maior parte do tempo”, 23.1% “bastante tempo”, 22.1% “algum tempo”, 19.2% “pouco tempo”, 1.9% “nunca” e 1.0% refere “sempre” (Apêndice E.84, Tabela E.84; Apêndice E.85, Figura E.85).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os homens e as mulheres no que se refere ao “tempo que se sentiu calmo ou tranquilo, nas últimas 4 semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2(5)=34.964$ ,  $p<0.001$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.84, Tabela E.84) podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}|>2$ ) na resposta “pouco tempo”- com as mulheres a afirmarem “pouco tempo” se sentiram tranquilas e calmas muito mais vezes do que os homens; e na resposta “nunca”.

#### *MHI5\_4*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram tristes, desanimados e abatidos, nas últimas 4 semanas, os inquiridos do sexo masculino: 51.8% referem “pouco tempo”, 21.8% “nunca”, 19.8% “algum tempo”, 4.6% “bastante tempo, 1% “a maior parte do tempo e também 1% refere “sempre”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos do sexo feminino a repartição das respostas é a seguinte: 46.6% referem “pouco tempo”, 26.0% “algum tempo”, 11.5% “nunca”, 11.1% “bastante tempo”, 2.9% “a maior parte do tempo” e 1.9% refere “sempre” (Apêndice E.86, Tabela E.86; Apêndice E.87, Figura E.87).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os homens e as mulheres no que se refere ao “tempo que se sentiu triste, desanimado e abatido, nas últimas 4 semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2(5)=16.438$ ,  $p=0.004$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.86, Tabela E.86) podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}|>2$ ) na resposta “nunca”- com os homens a afirmarem “nunca ” se sentirem tristes, desanimados e abatidos muito mais vezes do que as mulheres; e na resposta “bastante tempo” com as mulheres a afirmarem que se sentiram tristes, desanimadas e abatidas “bastante tempo” mais vezes do que os homens.

#### *MHI5\_5*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram felizes, nas últimas 4 semanas, os inquiridos do sexo masculino: 36.5% referem “a maior parte do tempo”, 24.4%

“bastante tempo”, 23.4% “algum tempo”, 7.6% “sempre”, e 7.6% “pouco tempo” e apenas 0.5% refere “nunca”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos do sexo feminino a repartição das respostas é a seguinte: 33.2% referem “a maior parte do tempo”, 32.2% “algum tempo”, 18.3% “bastante tempo”, 11.1% “pouco tempo”, 1.9% “sempre” e 3.4% refere “nunca” (Apêndice E.88, Tabela E.88; Apêndice E.89, Figura E.89).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os homens e as mulheres no que se refere ao “tempo que se sentiu feliz, nas últimas 4 semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=17.396$ ,  $p=0.003$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.88, Tabela E.88) podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}|>2$ ) na resposta “sempre”- com os homens a afirmarem “sempre” se sentirem felizes muito mais vezes do que as mulheres; e na resposta “nunca” com as mulheres a afirmarem que se sentiram felizes mais vezes do que os homens.

#### *MHI5\_S*

Quando se faz a cotação global da escala verifica-se que 88.9% do total de inquiridos não manifestam sintomas de sofrimento psicológico. De entre os inquiridos masculinos 91.45% não manifestam sintomas de sofrimento enquanto que nas mulheres este valor é de 86.5% (Apêndice E.90, Tabela E.90; Apêndice E.91, Figura E.91).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os homens e as mulheres no que se refere “à manifestação de sintomas de sofrimento psicológico”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2(1)=2.392$ ,  $p=0.154$ ).

#### *Sofrimento psicológico por Escalão Etário*

#### *MHI5\_1*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram muito nervosos, nas últimas 4 semanas, os inquiridos com idades até 45 anos: 54.5% referem “pouco tempo”, 19.9% “algum tempo”, 12.2% “nunca”, 7.7 % “bastante tempo”, 4.5% “a maior parte do tempo” e apenas 1.0% refere “sempre”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos com mais de 45 anos a repartição das respostas é a seguinte: 42.9% referem “pouco tempo”, 21.8% “nunca”, 16.8% “algum tempo”, 10.9% “bastante tempo” e 7.6% “a maior parte do tempo” (Apêndice E.92, Tabela E.92; Apêndice E.93, Figura E.93).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os escalões etários no que se refere ao “tempo que se sentiu muito nervoso, nas últimas 4 semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2(5)=11.504$ ,  $p=0.042$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.92, Tabela E.92) podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}|>2$ ) na resposta “nunca” - com os indivíduos com idades até 45 anos a afirmarem “nunca” se sentirem muito nervosos mais vezes do que os indivíduos com mais de 45 anos; e na resposta “pouco tempo” com os indivíduos com idades até 45 anos a afirmarem que se sentiram nervosos mais vezes do que os indivíduos mais velhos.

#### *MHI5\_2*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram deprimidos e que nada os animava, nas últimas 4 semanas, os inquiridos com idades até 45 anos: 44.4% referem “nunca”, 33.2% “pouco tempo”, 16.1% “algum tempo”, 2.4% “bastante tempo”, 2.1% “sempre” e apenas 1.7% refere “a maior parte do tempo”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos com mais de 45 anos a repartição das respostas é a seguinte: 41.2% referem “nunca”, 36.1% “pouco tempo”, 12.6% “algum tempo”, 6.7% “bastante tempo” e 3.4% “a maior parte do tempo” (Apêndice E.94, Tabela E.94; Apêndice E.95, Figura E.95).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os escalões etários no que se refere ao “tempo que se sentiu muito deprimido que nada o animava, nas últimas 4

semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=8.714$ ,  $p=0.117$ ).

### *MHI5\_3*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram calmos e tranquilos, nas últimas 4 semanas, os inquiridos com idades até 45 anos: 35.7% referem “a maior parte do tempo”, 23.8% “algum tempo”, 23.1 % “bastante tempo”, 12.6% “pouco tempo”, 3.5% “sempre” e apenas 1.4% refere “nunca”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos com mais de 45 anos, a repartição das respostas é a seguinte: 41.2% referem “a maior parte do tempo”, 21.0% “bastante tempo”, 16.8% “algum tempo”, 12.6% “pouco tempo” e 8.4% refere “sempre” (Apêndice E.95, Tabela E.95; Apêndice E.96, Figura E.96).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os escalões etários no que se refere ao “tempo que se sentiu muito deprimido que nada o animava, nas últimas 4 semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=8.485$ ,  $p=0.127$ ).



*MHI5\_4*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram tristes, desanimados e abatidos, nas últimas 4 semanas, os inquiridos com idades até 45 anos: 48.3% referem “pouco tempo”, 24.8% “algum tempo”, 16.1% “nunca”, 7.0% “bastante tempo”, 2.1% “a maior parte do tempo” e apenas 1.7% refere “sempre”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos com mais de 45 anos a repartição das respostas é a seguinte: 51.3% referem “pouco tempo”, 18.5% “algum tempo”, 17.6% “nunca”, 10.1% “bastante tempo”, 1.7% “a maior parte do tempo” e apenas 0.8% refere “sempre” (Apêndice E.97, Tabela E.97; Apêndice E.98, Figura E.98).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os escalões etários no que se refere ao “tempo que se sentiu muito deprimido que nada o animava, nas últimas 4 semanas”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=3.307$ ,  $p=0.661$ ).

*MHI5\_5*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram felizes, nas últimas 4 semanas, os inquiridos com idades até 45 anos: 36% referem “a maior parte do tempo”, 29.7% “algum tempo”, 21.7% “bastante tempo”, 6.6% “pouco tempo”, 3.5% “sempre” e 2.4% refere “nunca”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos com mais de 45 anos a repartição das respostas é a seguinte: 31.9% referem “a maior parte do tempo”, 23.5% “algum tempo”, 20.2% “bastante tempo”, 16.0% “pouco tempo”, 7.6% “sempre” e apenas 0.8% refere “nunca” (Apêndice E.99, Tabela E.99; Apêndice E.100, Figura E.100).

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis não são independentes ( $X^2(5)=13.492$ ,  $p=0.018$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.99, Tabela E.99) podemos afirmar que a dependência das variáveis é conseguida à custa da resposta “pouco tempo” ( $|\text{resíduos}|>2$ ).

*MHI5\_S*

Quando se faz a cotação global da escala verifica-se que 88.9% do total de inquiridos não manifestam sintomas de sofrimento psicológico. De entre os inquiridos com pelo menos 45 anos 89.2% não manifestam sintomas de sofrimento enquanto que nos indivíduos com mais de 45 anos este valor é de 88.2% (Apêndice E.101, Tabela E.101; Apêndice E.102, Figura E.102).

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os homens e as mulheres no que se refere “à manifestação de sintomas de sofrimento psicológico”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $\chi^2(1)=0.073$ ,  $p=0.787$ ).

*Sofrimento psicológico por Grupo Funcional**MHI5\_1*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram muito nervosos, nas últimas 4 semanas, os inquiridos gestores responderam: 61.7% “pouco tempo”, 18.3% “nunca”, 10.0% “bastante tempo”, 6.6% “algum tempo” e 3.3% “a maior parte do tempo”; os técnicos responderam: 56.5% “pouco tempo”, 16.0% “nunca”, 13.7% “algum tempo”, 8.4% “bastante tempo”, 4.6% “a maior parte do tempo” e apenas 0.8% responderam “sempre”; os comerciais responderam: 43.3% “pouco tempo”, 27% “algum tempo”, 14.2% “nunca”, 9.2% “bastante tempo”, 5% “a maior parte do tempo” e apenas 1.4% respondeu “sempre”; os administrativos responderam: 47.9% “pouco tempo”, 23.3% “algum tempo”, 12.3% “nunca”, 9.6% “a maior parte do tempo” e 6.8% “bastante tempo” (Apêndice E.103, Tabela E.103; Apêndice E.104, Figura E.104).

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis não são independentes ( $\chi^2(15)=22.298$ ,  $p=0.100$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.103, Tabela E.103) podemos afirmar que a dependência das variáveis é conseguida à custa da resposta “pouco tempo” e “algum tempo” dada pelos comerciais ( $|\text{resíduos}|>2$ ).

*MHI5\_2*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram tão deprimidos que nada os animava, nas últimas 4 semanas, os inquiridos gestores responderam: 51.7% “nunca”, 31.7% “pouco tempo”, 10.0% “algum tempo” e 6.7% “bastante tempo”; os técnicos responderam: 50.4% “nunca”, 30.5% “pouco tempo”, 13.0% “algum tempo” e 2.3% responderam “sempre”; os comerciais responderam: 39.0% “nunca”, 36.9% “pouco tempo”, 15.6% “algum tempo”, 3.5% “bastante tempo” e também “a maior parte do tempo” e 1.4% responderam “sempre”; os administrativos responderam: 37.0% “pouco tempo”, 32.9% “nunca”, 21.9% “algum tempo”, 5.5% “a maior parte do tempo” e 1.4% responderam “bastante tempo” e “sempre” (Apêndice E.105, Tabela E.105; Apêndice E.106, Figura E.106).

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis não são independentes ( $X^2(15)=22.523$ ,  $p=0.095$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos (Apêndice E.105, Tabela E.105), podemos afirmar que a dependência das variáveis é conseguida à custa da resposta “a maior parte do tempo” entre os técnicos e os administrativos ( $|\text{resíduos}|>2$ ).

*MHI5\_3*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram calmos e tranquilos, nas últimas 4 semanas, a resposta mais frequente em todos os grupos foi “a maior parte do tempo” (gestores: 40%, técnicos: 38.9%, comerciais: 34.0% e administrativos com 38.4%), a segunda resposta mais frequente não é unânime, entre os gestores e os técnicos é “bastante tempo” (gestores: 25.0% e os técnicos: 23.7%), entre os comerciais e administrativos esta é “algum tempo” (comerciais: 23.4% e administrativos: 23.3%). A terceira resposta mais frequente entre gestores e técnicos é “algum tempo” (gestores: 13.3%, técnicos: 22.9%), já entre os comerciais e administrativos esta posição é ocupada pela resposta “bastante tempo” (comerciais: 21.3%, administrativos: 20.5%). A resposta menos frequente é para todos os grupos funcionais a opção “nunca” (gestores: 0.0%, técnicos: 0.8%, comerciais: 1.4% e administrativos: 1.4%) (Apêndice E.107, Tabela E.107; Apêndice E.108, Figura E.108).

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis são independentes ( $\chi^2(15)=13.251$ ,  $p=0.583$ ).

#### *MHI5\_4*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram triste e desanimados, nas últimas 4 semanas, a resposta mais frequente em todos grupos foi “pouco tempo” (gestores: 58.3%, técnicos: 48.1%, comerciais: 46.8% e administrativos com 47.9%), a segunda resposta mais frequente não é unânime, entre os gestores é os técnicos é “nunca” (gestores: 20.0% e os técnicos: 21.4%), entre os comerciais e administrativos esta é “algum tempo” (comerciais: 26.2% e administrativos: 34.2%). A terceira resposta mais frequente entre gestores e técnicos é “algum tempo” (gestores: 10.0%, técnicos: 19.1%), já entre os comerciais e administrativos esta posição é ocupada pela resposta “nunca” (comerciais: 14.9%, administrativos: 8.2%). A resposta menos frequente é para todos os grupos funcionais a opção “sempre” (gestores: 0.0%, técnicos: 1.5%, comerciais: 1.4% e administrativos: 2.7%) (Apêndice E.109, Tabela E.109; Apêndice E.110, Figura E.110).

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis são independentes ( $\chi^2(15)=21.879$ ,  $p=0.111$ ).

#### *MHI5\_5*

Quando questionados sobre quanto tempo se sentiram felizes, nas últimas 4 semanas, a resposta mais frequente em todos grupos foi “a maior parte do tempo” (gestores: 28.3%, técnicos: 37.4%, comerciais: 35.5% e administrativos com 34.2%), a segunda resposta mais frequente não é unânime, para os gestores esta é “bastante tempo” (25%), para os restantes grupos funcionais é “algum tempo” (técnicos: 22.9%, comerciais: 34.0% e administrativos: 30.1%). A terceira resposta mais frequente para os gestores é “algum tempo” (21.7%) e para os restantes grupos funcionais é “bastante tempo” (técnicos:

20.6%, comerciais: 18.4 e administrativos: 24.7%). A resposta menos frequente é para todos os grupos funcionais a opção “nunca” (gestores: 3.3%, técnicos: 2.3%, comerciais: 1.4% e administrativos: 1.4%) (Apêndice E.111, Tabela E.111; Apêndice E.112, Figura E.112).

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis são independentes ( $\chi^2(15)=17.570$ ,  $p=0.286$ ).

#### *MHI5\_S*

Quando se faz a cotação global da escala verifica-se que 88.9% do total de inquiridos não manifestam sintomas de sofrimento psicológico. De entre os inquiridos que não manifestam sofrimento psicológico estão: 93.3% dos gestores, 92.4% dos técnicos, 85.8% dos comerciais e 84.9% dos administrativos (Apêndice E.113, Tabela E.113; Apêndice E.114, Figura E.114).

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis são independentes ( $\chi^2(15)=5.310$ ,  $p=0.150$ ).

#### 4.2.4 Síntese dos resultados das análises de prevalências na amostra global

Estes resultados permitiram responder aos seguintes objetivos:

*Objetivo 2:* Caracterizar a prevalência de presentismo na amostra de trabalhadores do estudo.

*Análises estatísticas:* descritivas.

*Resultados sumários*

*Presentismo*

Classificação do desempenho habitual da maioria dos trabalhadores que exercem a sua função (*presentismo 1*): a maioria dos inquiridos (52.8%) classifica-o com “bom desempenho”.

Classificação do desempenho habitual no trabalho no último ano ou nos dois últimos anos (*presentismo 2*): a grande maioria dos inquiridos (83.5%) classifica-o com “bom desempenho”.

Classificação do desempenho geral no trabalho nos dias em que trabalhou durante as últimas quatro semanas (*presentismo 3*): a maioria dos inquiridos (79%) classifica-o com “bom desempenho”.

No *presentismo 1*, os homens tendem em atribuir mais classificações de “bom desempenho” e as mulheres tendem em atribuir mais classificações “dentro da média”.

As diferenças registadas nas classificações atribuídas entre os diferentes escalões etários podem ser artefactuais uma vez que na amostra cerca de 70% dos indivíduos têm menos de 45 anos.

Relativamente aos diferentes grupos funcionais, os administrativos tendem a atribuir menos classificações de “Bom desempenho” do que os indivíduos dos outros grupos funcionais.

*Objetivo 3*: Caracterizar a prevalência de absentismo na amostra de trabalhadores do estudo.

*Análises estatísticas*: descritivas.

*Resultados sumários*

*Absentismo*

A grande maioria dos inquiridos (79.3%) não faltou nenhum dia ao trabalho nos últimos três meses por motivos de doença ou acidente. (Apêndice E.118, Figura 83)

Existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2(3)=14.040$ ,  $p=0.003$ ) entre os homens e as mulheres na opção zero faltas, o que significa que os homens tendem a dar zero faltas mais vezes do que as mulheres e na opção “2 a 5” faltas com as mulheres a darem mais

vezes 2 a 5 faltas do que os homens. Não existem diferenças estatisticamente significativas no absentismo quer por escalão etário quer por grupo funcional.

*Objetivo 4:* Caracterizar a prevalência de sofrimento psicológico na amostra de trabalhadores do estudo.

*Análises estatísticas:* descritivas.

*Resultados sumários*

*Sofrimento psicológico*

As diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}| > 2$ ) na resposta “Nunca”- com os homens a afirmarem “nunca” se sentiram nervosos muito mais vezes do que as mulheres; e na resposta “maior parte do tempo” – com as mulheres a afirmarem que se sentiram mais vezes com algum nervosismo do que os homens.

As diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=22.768, p<0.001$ ) e podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}| > 2$ ) na resposta “Nunca”- com os homens a afirmarem “nunca” se sentiram tão deprimidos que nada os animava muito mais vezes do que as mulheres; e na resposta “algum tempo” – com as mulheres a afirmarem que se sentiram mais vezes deprimidas do que os homens.

As diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=34.964, p<0.001$ ) e podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}| > 2$ ) na resposta “pouco tempo”- com as mulheres a afirmarem “pouco tempo” se sentiram tranquilas e calmas muito mais vezes do que os homens; e na resposta “nunca”.

As diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $X^2(5)=16.438, p=0.004$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}| > 2$ ) na resposta “nunca”- com os homens a afirmarem “nunca” se sentirem tristes, desanimados e abatidos muito mais vezes do que as mulheres; e na resposta “bastante tempo” com as mulheres a afirmarem que se sentiram tristes, desanimadas e abatidas “bastante tempo” mais vezes do que os homens.

Os resultados mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ( $\chi^2(5)=17.396$ ,  $p=0.003$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos podemos afirmar que as diferenças são estatisticamente significativas ( $|\text{resíduos}|>2$ ) na resposta “sempre”- com os homens a afirmarem “sempres” se sentirem felizes muito mais vezes do que as mulheres; e na resposta “nunca” com as mulheres a afirmarem que se sentiram felizes mais vezes do que os homens.

Cotação global da escala: 88.9% do total de inquiridos não manifestam sintomas de sofrimento psicológico. De entre os inquiridos masculinos 91.45% não manifestam sintomas de sofrimento enquanto que nas mulheres este valor é de 86.5%.

No sentido de avaliar se as diferenças registadas entre os homens e as mulheres no que se refere “à manifestação de sintomas de sofrimento psicológico”, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ( $\chi^2(1)=2.392$ ,  $p=0.154$ ).

Quanto ao escalão etário, quando questionados sobre quanto tempo se sentiram felizes, nas últimas 4 semanas, os inquiridos com idades até 45 anos: 36% referem “a maior parte do tempo”, 29.7% “algum tempo”, 21.7 % “bastante tempo”, 6.6% “pouco tempo”, 3.5% “sempre” e 2.4% refere “nunca”. Relativamente às respostas obtidas entre os inquiridos com mais de 45 anos a repartição das respostas é a seguinte: 31.9% referem “a maior parte do tempo”, 23.5% “algum tempo”, 20.2% “bastante tempo”, 16.0% “pouco tempo”, 7.6% “sempre” e apenas 0.8% refere “nunca”.

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis não são independentes ( $\chi^2(5)=13.492$ ,  $p=0.018$ ). Assim, e de acordo com a análise dos resíduos podemos afirmar que a dependência das variáveis é conseguida à custa da resposta “pouco tempo” ( $|\text{resíduos}|>2$ ).

Relativamente ao grupo funcional, quando se faz a cotação global da escala verifica-se que 88.9% do total de inquiridos não manifestam sintomas de sofrimento psicológico. De



entre os inquiridos que não manifestam sofrimento psicológico estão: 93.3% dos gestores, 92.4% dos técnicos, 85.8% dos comerciais e 84.9% dos administrativos.

No sentido de avaliar se as variáveis em estudo são independentes, procedeu-se a um teste do Qui-quadrado. Os resultados permitem concluir que as variáveis são independentes ( $\chi^2(15)=5.310$ ,  $p=0.150$ ).

Nos respetivos capítulos (4.2.1, 4.2.2 e 4.2.3) descrevem-se os resultados detalhados.

### 4.3 Análise da auto-perceção do estado de saúde e preditores da percepção de saúde

#### Auto-perceção do estado global de saúde

No que se refere à auto-avaliação do seu estado de saúde global, 63.5% dos inquiridos classifica-o com “bom”, 34.8% atribui-lhe uma classificação de “razoável” e apenas 1.7% atribui uma classificação de “mau” (Figura 13).

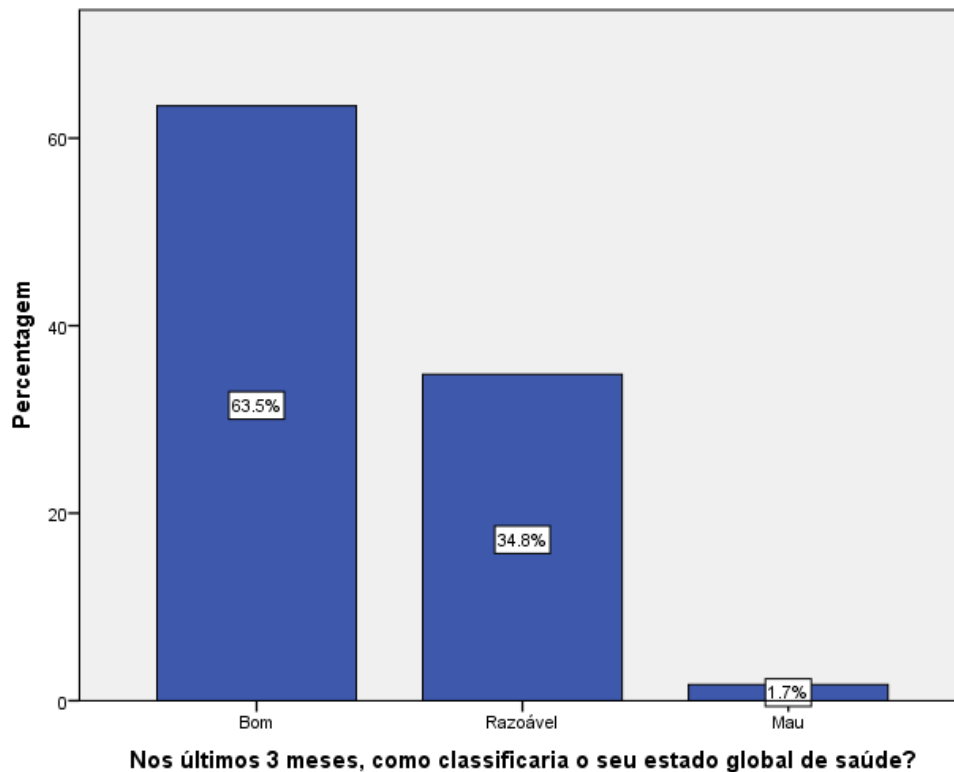


Figura 13. Análise da auto-perceção do estado de saúde

#### Auto-perceção do estado global de saúde por sexo

Do total de inquiridos masculinos 72.1% classifica o seu estado global de saúde com “bom”, 27.4% classifica-o com “razoável” e apenas 0.5% o classifica com “mau. Entre os inquiridos femininos 55.3% classifica-o com “bom”, 41.8% classifica-o com “razoável” e apenas 2.9% lhe atribui uma classificação de “mau (Apêndice E.117, Tabela E.117, Apêndice E.118, Tabela E.118).

No sentido de avaliar se existem diferenças entre homens e mulheres no que se refere à autoavaliação da percepção do estado global de saúde, procedeu-se a um teste do

qui-quadrado. Os resultados obtidos permitem afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2(2)=13.843$ ,  $p=0.001$ ). As diferenças são significativas entre os homens e as mulheres na classificação de “bom” (os homens atribuem mais classificações de bom do que as mulheres) e na classificação de “razoável” (as mulheres atribuem mais classificações de razoável do que os homens).

#### Auto-perceção do estado de saúde nos últimos 3 meses por sexo

De um modo geral, os colaboradores do sexo feminino e do sexo masculino consideraram que nos 3 meses anteriores ao inquérito apresentavam um estado de saúde bom ou razoável (Apêndice E.117, Tabela E.117, Apêndice E.118, Tabela E.118).

#### *Preditores da perceção de saúde*

Para a perceção de saúde os resultados indicam que o bloco das variáveis demográficas e das variáveis intra-individuais resultam em *r-square changes* que não são significativos (respetivamente  $F=1.93$  com  $p=0.77$  e  $F=1.50$  com  $p=0.22$ ). O modelo com os três blocos de variáveis restantes é significativo e explica 22% da variância da perceção da saúde ( $F=5.19$ ,  $p=0.00$ ). Neste modelo, como preditores (variáveis que representam condições antecedentes que influenciam os fenómenos que se pretendem estudar) significativos da perceção da saúde surgem:

- o exercício físico ( $t=-2.47$ ,  $p=0.01$ , Beta std. $=-0.15$ ) indicando que quanto mais elevado o indicador de exercício físico melhor a perceção de saúde;
- a medicação prescrita ( $t=4.97$ ,  $p=0.00$ , Beta std. $=0.30$ ) indicando que quanto maior o número de medicamentos prescritos a serem tomados menor a perceção de saúde;
- e o equilíbrio trabalho-família ( $t=2.02$ ,  $p=0.05$ , Beta std. $=0.15$ ) indicando que quanto menor o equilíbrio menor a perceção de saúde.

Em termos gerais:

- Há bons modelos para a saúde física e mental e modelos razoáveis para a felicidade subjetiva e perceção de saúde;

- Existem variáveis muito consistentes nos diferentes modelos, nomeadamente o equilíbrio trabalho-família, a medicação tomada, e a resiliência;
- Existem algumas variáveis específicas a um modelo, por exemplo o número de filhos e o presentismo.

#### 4.3.1 Síntese da análise da auto-perceção do estado de saúde e de preditores da perceção de saúde

Estes resultados permitiram responder aos seguintes objetivos:

*Objetivo 5:* Caracterizar a auto-perceção do estado de saúde e de preditores da perceção de saúde na amostra de trabalhadores do estudo.

*Análises estatísticas:* descritivas; regressão linear hierárquica.

*Resultados sumários*

*Auto-perceção do estado de saúde*

63.5% dos inquiridos classifica-o com “bom”, 34.8% atribui-lhe uma classificação de “razoável” e apenas 1.7% atribui uma classificação de “mau”.

Existem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2(2)=13.843$ ,  $p=0.001$ ) entre os homens e as mulheres na classificação de “bom” (os homens atribuem mais classificações de bom do que as mulheres) e na classificação de “razoável” (as mulheres atribuem mais classificações de razoável do que os homens).

Os colaboradores do sexo feminino e do sexo masculino consideraram que nos 3 meses anteriores ao inquérito apresentavam um estado de saúde bom ou razoável.

### *Preditores de saúde*

Neste modelo, como preditores significativos da percepção de saúde surgem:

- o exercício físico ( $t=-2.47$ ,  $p=0.01$ , Beta std. $=-0.15$ ) indicando que quanto mais elevado o indicador de exercício físico melhor a percepção de saúde;
- a medicação prescrita ( $t=4.97$ ,  $p=0.00$ , Beta std. $=0.30$ ) indicando que quanto maior o número de medicamentos prescritos a serem tomados menor a percepção de saúde;
- e o equilíbrio trabalho-família ( $t=2.02$ ,  $p=0.05$ , Beta std. $=0.15$ ) indicando que quanto menor o equilíbrio menor a percepção de saúde.

No respetivo capítulo (4.3) descrevem-se os resultados detalhados.

## **4.4 Análise da associação entre absentismo e presentismo, e entre absentismo e sofrimento psicológico**

### *Análise da associação entre absentismo e presentismo*

Apenas a correlação entre o nº de dias que faltou ao trabalho e o desempenho geral no trabalho (presentismo3) é estatisticamente significativa ( $R_s=-0.106$ ,  $p=0.033$ ); como a correlação é negativa quer dizer que à medida que aumenta o nível de desempenho diminui o nº de dias de falta ao trabalho (Apêndice E.123, Tabela E.123).

### *Análise da associação entre absentismo e sofrimento psicológico*

A associação entre o absentismo e as variáveis que medem o sofrimento psicológico são todas estatisticamente significativas. As associações entre o absentismo e o tempo em que se sentiu nervoso, deprimido e triste são negativas (Nervoso:  $R_s=0.168$ ,  $p=0.001$ ; Deprimido:  $R_s=-0.228$ ,  $p<0.001$ ; Triste:  $R_s=-0.193$ ,  $p<0.001$ ). Estas variáveis têm uma escala em que o 1= sempre e o 6= nunca. Assim, quer dizer que à medida que aumenta a pontuação na escala de sofrimento diminuem as faltas ao serviço.

A associação entre o absentismo e o sentir-se calmo e feliz apresenta correlações positivas (Calmo:  $R_s=0.133$ ,  $p=0.007$ ; Feliz:  $R_s=0.136$ ,  $p=0.006$ ), pelo que podemos dizer que as

peças que se sentem mais calmas e mais felizes tendem a dar menos faltas ao trabalho (Apêndice E.124, Tabela E.124).

4.4.1 Síntese das análises de associação entre absentismo e presentismo, e entre absentismo e sofrimento psicológico

Estes resultados permitiram responder aos seguintes objetivos:

*Objetivo 6:* Determinar a associação entre absentismo e presentismo na amostra de trabalhadores do estudo.

*Análises estatísticas:* correlação.

*Resultados sumários*

*Associação entre absentismo e presentismo*

A correlação entre o nº de dias que faltou ao trabalho e o desempenho geral no trabalho (presentismo 3) é estatisticamente significativa ( $R_s = -0.106$ ,  $p = 0.033$ ), como a correlação é negativa quer dizer que à medida que aumenta o nível de desempenho diminui o nº de dias de falta ao trabalho.

*Objetivo 7:* Determinar a associação entre absentismo e sofrimento psicológico na amostra de trabalhadores do estudo.

*Análises estatísticas:* correlação.

*Resultados sumários*

### *Associação entre absentismo e sofrimento psicológico*

A associação entre o absentismo e as variáveis que medem o sofrimento psicológico são todas estatisticamente significativas.

As associações entre o absentismo e o tempo em que se sentiu nervoso, deprimido e triste são negativas. À medida que aumenta a pontuação na escala de sofrimento psicológico (o que corresponde a mais saúde mental, no MHI-5, inerente ao tipo de cotação da escala) diminuem as faltas ao serviço.

A associação entre o absentismo e o sentir-se calmo e feliz apresenta correlações positivas, pelo que os trabalhadores que se sentem mais calmos e mais felizes tendem a dar menos faltas ao trabalho.

No respetivo capítulo (4.4) descrevem-se os resultados detalhados.

## **4.5 Resultados do modelo de regressão linear múltipla**

A análise descritiva efetuada é apresentada em apêndice (Apêndice E.123, Tabela E.123).

### *Seleção da variável dependente*

Ao calcular o coeficiente de correlação de Pearson entre as duas versões da escala CD-RISC, o valor obtido foi de 0,873, o que indica uma alta correlação linear. Tal também foi evidenciado pelo gráfico de dispersão representando CD-RISC 25 versus CD-RISC 10. Assim, a versão de 10 itens foi escolhida para representar a resiliência como a variável dependente, por ser a menos redundante.

### *Modelo de Regressão Linear Múltipla*

Um modelo de regressão linear múltipla foi ajustado aos dados, considerando o CD-RISC 10 como medida de resiliência e, portanto, a variável dependente, enquanto os fatores externos e genéticos foram considerados as variáveis independentes. O modelo final foi obtido pelo método de seleção *backward stepwise*, com precisão de 45,9%.

De acordo com esta análise, as variáveis alguns interesses ou *hobbies* e menor presentismo são preditores de maior resiliência. Por outro lado, estar ausente do trabalho devido a problemas psicológicos, ter níveis de saúde mental muito baixos, níveis muito

altos de *stress* devido à sobrecarga de trabalho e ter experienciado ansiedade crónica parecem estar associados a níveis mais baixos de resiliência.

#### 4.5.1 Síntese dos resultados da regressão linear múltipla

Estes resultados permitiram responder aos seguintes objetivos:

*Objetivo 8:* Avaliar e quantificar o impacto exercido por variáveis externas (explicativas, independentes) - parâmetros sociodemográficos, de estilo de vida, clínicos, genéticos e os resultados obtidos para escalas psicométricas selecionadas - sobre a resiliência (variável dependente, neste modelo).

*Análises estatísticas:* regressão linear múltipla; método de seleção *backward stepwise*.

#### *Resultados sumários*

De acordo com este modelo, os fatores mais influentes na resiliência são: absentismo, interesses ou *hobbies*, pontuação de subescala de saúde psicológica do ASSET, presentismo, pontuação de subescala de sobrecarga do ASSET e ter experienciado ansiedade crónica.

No respetivo capítulo (4.5) descrevem-se os resultados detalhados.

## 4.6 Resultados das ANOVAs

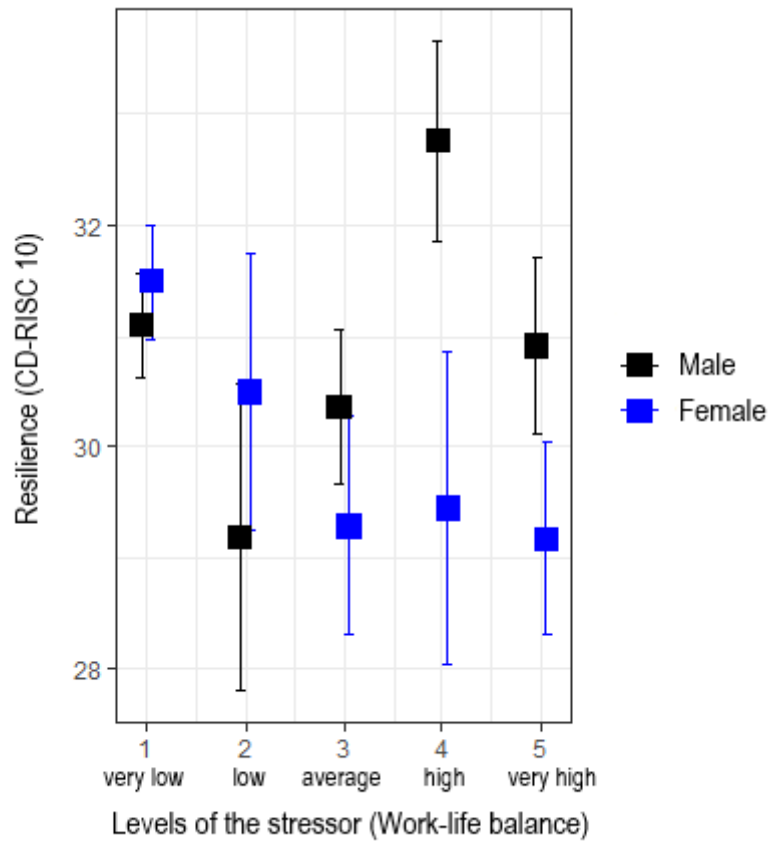
### *Relevância do sexo versus equilíbrio trabalho-família em relação à resiliência*

Uma análise ANOVA com dois fatores foi realizada para examinar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência. Neste caso, embora não tenha havido uma diferença significativa entre os níveis de cada variável categórica, a interação entre eles foi considerada significativa ( $p\text{-value} = 0,038$ ), o que indica que a relação entre o equilíbrio trabalho-família e a resiliência depende do sexo.

De acordo com a Figura 14, fica claro que ambos os sexos parecem ter, aproximadamente, o mesmo nível de resiliência quando o *stress* causado pelo equilíbrio entre vida profissional e pessoal é muito baixo. Quando há níveis baixos desse *stressor*, as



mulheres tendem a ser mais resilientes que os homens. No entanto, quando os níveis desse *stressor* são médios, altos ou muito altos, os homens apresentam maior resiliência.



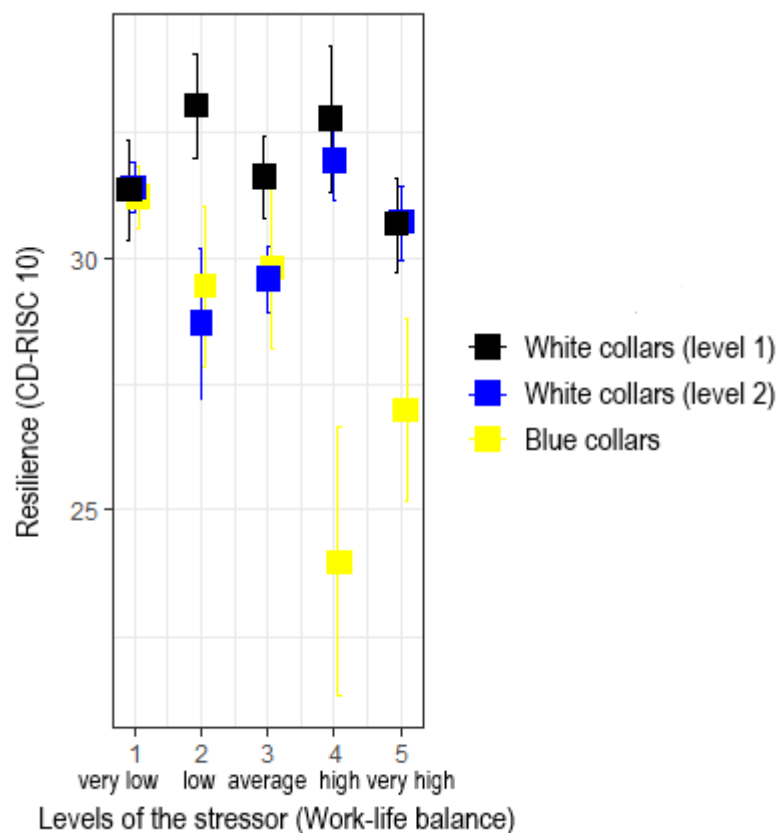
**Figura 14.** Resiliência de acordo com o género e o equilíbrio trabalho-família

*Relevância da função no trabalho versus equilíbrio trabalho-família em relação à resiliência*

Uma análise ANOVA bidirecional foi realizada para examinar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência. Neste caso, embora não tenha havido uma diferença significativa entre os níveis de cada variável categórica, a interação entre eles foi considerada significativa ( $p\text{-value} = 0,049$ ), o que indica que a relação entre o equilíbrio trabalho-família e resiliência depende da função no trabalho.

De acordo com a Figura 15, observa-se que os *white-collars* de nível 1 são o grupo de funções no trabalho com os maiores níveis de resiliência, independentemente do equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Quando os níveis do *stressor* são muito baixos, os três

grupos de funções apresentam uma resiliência muito similar. Se o nível de *stress* causado pelo equilíbrio trabalho-família é baixo ou médio, tanto os *white-collar*s, como os *blue-collar*s de nível 2 parecem ser menos resilientes que os *white-collar*s de nível 1. A distinção entre *white-collar*s e *blue-collar*s é ainda mais aparente quando os níveis de *stress* relacionados com o equilíbrio trabalho-família são altos ou muito altos: os *blue-collar*s são claramente menos resilientes neste cenário.



**Figura 15.** Resiliência de acordo com a função no trabalho e o equilíbrio trabalho-família

#### 4.6.1 Síntese das ANOVAs

Estes resultados permitiram responder aos seguintes objetivos:

*Objetivo 9:* Estudar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência.

*Análises estatísticas:* análise ANOVA bidirecional.

*Resultados sumários*

*Relevância do sexo versus equilíbrio trabalho-família em relação à resiliência*

Embora não tenha havido uma diferença significativa entre os níveis de cada variável categórica, a interação entre eles foi considerada significativa ( $p$ -value = 0,038), o que indica que a relação entre o equilíbrio trabalho-família e a resiliência depende do sexo.

Ambos os sexos parecem ter, aproximadamente, o mesmo nível de resiliência quando o *stress* causado pelo equilíbrio entre vida profissional e pessoal é muito baixo. Quando há níveis baixos desse *stressor*, as mulheres tendem a ser mais resilientes do que os homens. No entanto, quando os níveis desse *stressor* são médios, altos ou muito altos, os homens apresentam maior resiliência.

*Objetivo 10:* Estudar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência.

*Análises estatísticas:* análise ANOVA bidirecional.

*Resultados sumários*

*Relevância da função no trabalho versus equilíbrio trabalho-família em relação à resiliência*

Embora não tenha havido uma diferença significativa entre os níveis de cada variável categórica, a interação entre eles foi considerada significativa ( $p$ -value = 0,049), o que indica que a relação entre o equilíbrio trabalho-família e resiliência depende da função no trabalho.

Os *white-collars* de nível 1 são o grupo de funções no trabalho com os maiores níveis de resiliência, independentemente do equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Quando os níveis do *stressor* são muito baixos, os três grupos de funções apresentam uma resiliência muito similar. Se o nível de *stress* causado pelo equilíbrio trabalho-família é baixo ou médio, tanto os *white-collars*, como os *blue-collars* de nível 2 parecem ser menos resilientes que os *white-collars* de nível 1. A distinção entre *white-collars* e *blue-collars* é ainda mais aparente quando os níveis de *stress* relacionados com o equilíbrio trabalho-família são altos ou muito altos: os *blue-collars* são claramente menos resilientes neste cenário.

No respetivo capítulo (4.6) descrevem-se os resultados detalhados.

#### **4.7 Resultados das análises da componente biológica**

##### **4.7.1 Análise exploratória descritiva da subamostra <sup>15</sup>**

###### **Características do trabalhador**

A subamostra é composta por  $n_B=260$  indivíduos, dos quais 2 foram excluídos por não preencherem o questionário e 3 por inconsistências relacionadas aos marcadores genéticos. Quanto aos demais 255 indivíduos, 53,1% são mulheres e 46,9% são homens, com média global de 42,31 anos (s.d. 8,453), onde o mínimo e o máximo observados são 22 e 64 anos, respetivamente.

A maioria dos sujeitos é casada ou vive em parceria não conjugal (66%), 15,2% são solteiros, 5,5% vivem em relação conjugal com alguém, 11,7% são divorciados ou separados e 1,6% são viúvos.

Quanto às habilitações literárias, 50,8% possuem o ensino superior, 26,6% são pós-graduados, 19,9% possuem o ensino médio e 1,2% têm o ensino primário, enquanto o restante possui outro tipo de qualificação não representado no questionário.

---

<sup>15</sup> Para as análises da componente biológica não foi considerada a classe de idades <21 anos por não haver participantes com idade inferior a 21 anos. Não foi considerada a classe de idades >60 anos por só haver um participante homem e uma participante mulher, sendo, portanto, desadequado estudar médias nestes dois casos.

### Casa

A maioria dos trabalhadores vive acompanhada (86,7%), enquanto os restantes moram sozinhos. Em termos familiares, 35,9% dos trabalhadores não têm filhos, 26,2% têm 1 filho, 29,7% têm dois filhos e 8,2% têm 3 ou mais filhos. Em relação ao planeamento familiar, 50,4% definitivamente não planeia ter filhos nos próximos 3 anos.

### Características do trabalho

A maioria dos entrevistados trabalha na área Técnica (47,3%), seguida pela Gerência Intermédia (15,6%), Comercial (13,3%), Administrativa (12,9%), Coordenação Comercial (5,9%), Alta Administração (3,9%) e outros (1,2%). Empregos a tempo inteiro são os mais comuns (98,8%).

Numa semana normal de trabalho, 81,6% dos trabalhadores afirmam trabalhar mais horas do que o valor programado.

Dentro de 1 a 5 anos, 36,3% dos trabalhadores esperam ser promovidos, enquanto 20,7% consideram que isso aconteça dentro de 1 ano. Dos restantes, 31,3% não sabem quando será a sua próxima promoção, 4,7% esperam ser promovidos depois de mais de 5 anos e 7% consideram que nunca conseguirão uma promoção.

Mais de metade dos indivíduos perdeu um ou mais dias consecutivos de trabalho no último ano devido a doença, acidente de trabalho ou outros (57,4%), sendo aproximadamente 1% devido a problemas de saúde mental.

Nos últimos 3 meses, 14,1% dos entrevistados sentem-se 100% produtivos, 41% sentem-se 90-99% produtivos, 29,7% colocam sua produtividade entre 80% e 89% e 9,8% entre 70% e 79%, enquanto os restantes consideram que são menos de 70% produtivos.

### Perceção do seu trabalho

#### Relações de trabalho

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pelas relações de trabalho.

Quase metade dos trabalhadores (47,3%) apresentava níveis muito baixos do *stressor*, enquanto 11,3% tinham níveis baixos do *stressor*, 23% tinham níveis médios do *stressor*, 7% tinham níveis elevados do *stressor* e 11,3% tinham níveis muito altos.

#### Equilíbrio trabalho-família

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pelo equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal.

Enquanto 48% dos trabalhadores apresentavam níveis muito baixos do *stressor*, 11,3% tinham níveis baixos do *stressor*, 15,2% tinham níveis médios do *stressor*, 7,4% tinham níveis elevados do *stressor* e 18% tinham níveis muito altos do *stressor*.

#### Sobrecarga

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pela sobrecarga.

Nesse caso, 40,6% dos trabalhadores apresentavam níveis muito baixos do *stressor*, 13,3% tinham níveis baixos do *stressor*, 15,6% tinham níveis médios do *stressor*, 5,1% tinham níveis elevados do *stressor* e 25,4% tinham níveis muito altos do *stressor*.

#### Segurança no emprego

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pela segurança no trabalho.

Enquanto 40,6% tinham níveis muito baixos do *stressor*, 26,6% tinham níveis médios do *stressor* e 32,8% tinham níveis muito altos do *stressor*.

#### Controlo

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pelo controlo.

Mais da metade dos trabalhadores apresentava níveis muito baixos do *stressor* (52%), enquanto 10,9% tinham níveis baixos do *stressor*, 13,3% tinham níveis médios do *stressor* e 23,8% tinham níveis muito altos do *stressor*.

#### Recursos e comunicação

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pelos recursos e comunicação.

A maioria dos trabalhadores apresentava níveis muito baixos do *stressor* (60,9%), enquanto 17,6% tinham níveis médios do *stressor*, 6,3% tinham níveis elevados do *stressor* e 15,2% tinham níveis muito elevados do *stressor*.

#### Aspetos do trabalho

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado por aspetos do trabalho.

Enquanto 36,7% dos trabalhadores apresentavam níveis muito baixos do *stressor*, 12,5% tinham níveis baixos do *stressor*, 38,7% tinham níveis médios do *stressor*, 3,9% tinham níveis elevados do *stressor* e 8,2% tinham níveis muito elevados do *stressor*.

#### Salário e benefícios

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado por salários e benefícios.

Nesse caso, 22,3% dos trabalhadores apresentavam níveis muito baixos do *stressor*, 14,8% tinham níveis baixos do *stressor* e a maioria apresentava níveis muito elevados do *stressor* (62,9%).

#### Atitudes em relação à sua organização

##### Compromisso da organização face ao trabalhador

A subescala do ASSET mediu o nível de compromisso da organização para com o trabalhador, percecionado por este.

Nesta amostra, 7% dos trabalhadores percecionam níveis muito baixos de compromisso, 15,6% percecionam níveis médios de compromisso e 77,3% percecionam altos níveis de compromisso.

##### Compromisso do trabalhador face à organização

A subescala do ASSET mediu o nível de compromisso do trabalhador para com a organização, percecionado pelo trabalhador.

Nesta amostra, 1,2% dos trabalhadores percecionam níveis muito baixos de compromisso, 1,6% percecionam baixos níveis de compromisso, 18,4% percecionam níveis

médios de compromisso, 16,8% percecionam altos níveis de compromisso e 62,1% percecionam níveis muito elevados de compromisso.

#### Escala de Satisfação no Trabalho

Nesta amostra, a Escala de Satisfação no Trabalho tem um valor mínimo de 1 e máximo de 7, enquanto a média é de 4,42 e o desvio padrão é de 1,02.

#### Escala de Presentismo

A medida do Presentismo Absoluto, computada a partir da Escala de Presentismo, tem um valor mínimo de 20% e máximo de 100%, enquanto a média é de 76,6% e o desvio padrão é de 13,33%.

#### Escala de Resiliência

Nesta amostra, a versão de 10 itens da Escala de Resiliência Connor-Davidson tem um valor médio de 30,7 e desvio padrão de 4,1, enquanto o mínimo e máximo são 14 e 40, respetivamente.

Nesta amostra, a versão de 25 itens da Escala de Resiliência Connor-Davidson tem um valor médio de 75,9 e desvio padrão de 8,8, enquanto o mínimo e o máximo são 39 e 100, respetivamente.

#### Estilo de vida

##### Exercício físico

A prática de um programa de exercícios ideal (15 a 30 minutos de exercício físico, 3 vezes por semana) é sempre realizada por 10,2% dos participantes, frequentemente por 7,8%, quando possível por 22,7%, pontualmente por 7,4%, raramente por 29,7% e nunca 22,3%.



Recodificando esta variável, 18% da amostra é não sedentária (participantes que responderam "Sempre" e "Frequentemente") e 82% são sedentários (participantes que responderam "Quando possível", "Pontualmente", "Raramente" e "Nunca").

#### Consumo de tabaco

Dos entrevistados, 22,7% fumam cigarros. Dentro deste grupo, 25,9% fumam de 1 a 5 cigarros por dia, 36,2% fumam 6 a 10, 34,5% fumam 11 a 20, 1,7% fumam 21 a 30 e 1,7% não sabem. Nos últimos 3 meses, 13,8% dos trabalhadores fumaram mais do que o habitual, 69% fumam o mesmo, 15,5% fumaram menos que o normal e 1,7% não sabem.

#### Consumo de álcool

Dos entrevistados, 42,6% consomem bebidas alcoólicas. Dentro deste grupo, 76,2% bebem em média 1 a 5 unidades por semana, 14,7% bebem 6 a 10, 7,3% bebem 11 a 20, 0,9% bebem 21 a 30 e 0,9% não sabem. Nos últimos 3 meses, 5,5% beberam mais do que o habitual, 73,4% bebem o mesmo, 19,3% beberam menos que o habitual e 1,8% não sabem.

#### Questionário CAGE

Aproximadamente 5,5% dos participantes são muito propensos a ter problemas de abuso de álcool, de acordo com a escala CAGE.

#### Consumo de café

Dos entrevistados, 86,3% consomem café. Dentro deste grupo, 51,1% bebem 1 a 2 cafés por dia, 41,6% bebem 3 a 4, 6,4% bebem 5 a 6 e 0,9% bebem 7 a 8. Nos últimos 3 meses, 6,4% beberam mais café do que o habitual, 88,2% bebem o mesmo e 5,4% bebem menos que o habitual.

#### Interesses e *hobbies*

A maioria dos participantes tem algum interesse ou *hobby* (91%).

Quanto à socialização com os colegas de trabalho, 50,4% dos participantes relacionam-se em contextos sociais com os seus colegas, 48,4% não e 1,2% não sabem.

#### Saúde e bem-estar

De todos os indivíduos, 7% apresentam algum tipo de incapacidade. Dentro desse grupo, um terço diz que essa incapacidade está relacionada com a saúde mental.

Mais de metade dos trabalhadores tem tempo para relaxar e descansar quando possível (55,1%), enquanto 25,4% raramente têm tempo para essas atividades.

Dos entrevistados, 80,9% consideram que a atual crise económica está a impactar o seu bem-estar.

Nos últimos 6 meses, 7,8% dos participantes tinham doenças graves.

Nos últimos 3 meses, 63,7% dos trabalhadores avaliam o seu estado geral de saúde como bom, 34% como razoável e 2,3% como ruim.

Nos últimos 6 meses, 35,5% dos entrevistados sofreram algum evento perturbador que os afetou muito.

Dos entrevistados, 21,5% relataram que já apresentavam depressão e 19,5% já tinham tomado medicação para a doença.

Dos entrevistados, 8,2% relataram ter tido ansiedade crónica e 7,4% já tomaram medicação para a doença.

Nas últimas duas semanas, 10,5% dos trabalhadores tomaram medicamentos para a pressão arterial alta, 2,3% para outra doença cardiovascular, 12,5% para ansiedade / nervosismo, 4,3% para depressão, 12,5% para colesterol e 2% para diabetes.

Nas últimas duas semanas, 4,7% dos trabalhadores tomaram medicamentos não prescritos pelo médico para ansiedade / nervosismo e 5,9% para o sono.

### Escala de Suporte Social

De acordo com a Escala de Suporte Social OSLO-3, 14,1% dos participantes possuem baixo suporte social, 62,5% possuem suporte social moderado e 23,4% possuem alto suporte social.

### Escala de Felicidade Subjetiva

Nesta amostra, a Escala de Felicidade Subjetiva tem um valor mínimo de 1,5 e um máximo de 6,5, com média de 4,56 e desvio padrão de 0,78.

### Inventário de Saúde Mental

De todos os participantes, 10,9% apresentam sofrimento psicológico, medido pelo MIH-5.

### Saúde

#### Saúde física

Em relação à saúde física, medida pela subescala de saúde física do ASSET, 56,6% dos trabalhadores têm níveis de saúde muito bons, 5,9% têm bons níveis de saúde, 6,3% têm níveis médios de saúde e 31,3% têm níveis de saúde muito baixos.

#### Bem-estar psicológico

Em relação à saúde mental, medida pela subescala de saúde psicológica do ASSET, 59% dos trabalhadores têm níveis de saúde mental muito bons, 11,7% têm níveis médios de saúde, 4,7% têm níveis de saúde insatisfatórios e 24,6% têm níveis de saúde muito baixos.

#### 4.7.2 Dados antropométricos e de pressão arterial

De todos os participantes, 44,5% têm peso normal (IMC entre 18,5-24,9kg / m<sup>2</sup>) e 51,2% têm pressão arterial média (PAS <120 e PAD <80).

A pressão arterial média (bpm) apresenta um valor mínimo de 46 e máximo de 104, com um valor médio de 69,87 e desvio padrão de 10,544.

#### 4.7.3 Dados bioquímicos

Dos participantes, 87,9% têm níveis normais de proteína C reativa, 84,8% têm níveis normais de triglicéridos e 77,3% têm níveis normais de glicose.

Em relação ao colesterol, apenas 39,1% apresentam níveis normais de colesterol total, e 88,7% e 34,4% apresentam níveis normais de lipoproteínas de alta e baixa densidade, respetivamente.

A quantidade de ureia (mg / dL) assume um valor mínimo de 14 e um máximo de 53, com uma média de 32,10 e um desvio padrão de 7,434.

A quantidade de creatinina (mg / dL) tem um valor mínimo de 0 e um máximo de 1, com uma média de 0,76 e um desvio padrão de 0,143.

#### 4.7.4 Dados genéticos

O estudo da tese encontrou evidência da influência dos polimorfismos rs4680 e rs4713916 na capacidade de lidar com o *stress* de forma adaptativa e positiva, dado que se verificou que alterações genéticas nestes genes modulam variabilidade na resiliência, possivelmente por afetarem a expressão proteica e causarem alterações nos mecanismos de resposta ao *stress*. Os resultados aqui reportados são consistentes com literatura prévia, o que reforça o papel dos genes na resiliência e indica que estes achados não são falsos positivos. Foram efetuadas análises descritivas, análises de regressão e ANOVAs.

#### 4.7.5 Síntese das análises da componente biológica na subamostra

Estes resultados permitiram responder aos seguintes objetivos:

*Objetivo 11:* Determinar os parâmetros antropométricos, de pressão arterial, bioquímicos e genéticos na amostra de trabalhadores do estudo.

*Análises estatísticas:* descritivas.

### *Resultados sumários*

#### *Dados antropométricos e de pressão arterial*

De todos os participantes, 44,5% têm peso normal (IMC entre 18,5-24,9kg / m<sup>2</sup>e) e 51,2% têm pressão arterial média (PAS <120 mm Hg e PAD <80 mm Hg).

A pressão arterial média (bpm) apresenta um valor mínimo de 46 mm Hg e máximo de 104 mm Hg, com um valor médio de 69,87 e desvio padrão de 10,544.

#### *Dados Bioquímicos*

Dos participantes, 87,9% tinham níveis normais de proteína C reativa, 84,8% tinham níveis normais de triglicéridos e 77,3% tinham níveis normais de glicose.

Em relação ao colesterol, apenas 39,1% apresentavam níveis normais de colesterol total, e 88,7% e 34,4% apresentavam níveis normais de lipoproteínas de alta e baixa densidade, respetivamente.

A quantidade de ureia (mg / dL) assume um valor mínimo de 14 e um máximo de 53, com uma média de 32,10 e um desvio padrão de 7,434.

A quantidade de creatinina (mg / dL) tem um valor mínimo de 0 e um máximo de 1, com uma média de 0,76 e um desvio padrão de 0,143.

Nos respetivos capítulos (4.7.1, 4.7.2 e 4.7.3) descrevem-se os resultados detalhados.

Nos apêndices G juntam-se tabelas de apoio a análises estatísticas efetuadas, assim como valores de referência dos parâmetros analíticos (página 321 do volume 2 da Tese).

## RESULTADOS DE ESTUDOS PARCELARES ESPECÍFICOS

### 4.8 Estudos realizados

4.8.1 Estudo 1: Estudo das características psicométricas e da estrutura fatorial do *A Shortened Stress Evaluation Tool*

(ASSET: 460,474)

*Objetivo 14:* Validar as propriedades psicométricas e fatoriais do ASSET.

Os detalhes do estudo foram já objeto de publicação de um artigo no qual é primeira autora.

#### 4.8.1.1 Artigo publicado

**Heitor dos Santos M. J.**, Moreira S., Carreiras J., Cooper C., Smeed, M., Reis M. F. and Pereira Miguel J. *Portuguese version of a stress and wellbeing evaluation tool (ASSET) at the workplace: Validation of the psychometric properties*. *BMJ Open* (2018).

Colocou-se no Apêndice F.1.

#### Discussão e Conclusões

Os resultados deste estudo fornecem apoio estrutural para o ASSET, quer para as propriedades psicométricas quer para a validade. Estes resultados são particularmente úteis na medida em que os estudos que se debruçam sobre a validade convergente são escassos. Adicionalmente, os resultados também são um estímulo para investigação ulterior das características psicométricas do ASSET, em particular com as subescalas *Perceções sobre o Trabalho* e *Atitudes Face à sua Organização*, dado que houve dificuldade de replicação relativamente aos resultados originais. Mas, acima de tudo, este estudo encontrou uma validade preditiva das escalas de saúde física e mental em medidas clínicas

de saúde. Finalmente, o artigo publicado abre oportunidades para a Comunidade de Países de Língua Portuguesa poderem usar o ASSET na avaliação de risco de *stress* no local de trabalho, tendo-se já verificado contactos para a primeira autora do artigo, apesar da sua recente publicação.

4.8.2 Estudo 2: Estudo das características psicométricas e da estrutura fatorial da *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Connor et al. (423))

*Objetivo 15:* Validar as propriedades psicométricas e fatoriais da CD-RISC.

No contexto da tese utiliza-se a solução dos 10 itens.

#### Introdução

A resiliência é a capacidade e o processo dinâmico de superar, de um modo adaptativo, o *stress* e a adversidade, mantendo simultaneamente um funcionamento psicológico e físico normais (251) (291). Assim, um indivíduo resiliente é aquele que ao experienciar um evento traumático continua a demonstrar respostas psicológicas e fisiológicas adaptativas ao *stress* (263). Enquanto característica individual, espera-se que a resiliência seja influenciada por variáveis externas, tais como um suporte social adequado, que reduzem o risco de perturbações mentais relacionadas com o *stress* ao atenuar o impacto deste (292) (293). A resiliência pode ser vista como uma medida da capacidade de *coping* em situações de *stress* e, como tal, poderia ser um importante alvo de abordagem na ansiedade, na depressão e em reações ao *stress*, inclusive em contexto laboral (capítulo 1.1.26).

A escolha da Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) justifica-se não só pela evidência na literatura, dado ser um instrumento de medida amplamente utilizado na investigação, mas também pelo facto de já existir uma tradução para a língua Portuguesa.

O processo de validação estava em curso na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, tendo-se contactado as investigadoras (que tinham efetuado a tradução), de que resultou uma parceria para validação conjunta.

## CD-RISC

A CD-RISC é uma escala de autorresposta, que foi desenvolvida por Connor e Davidson (296) com o intuito de colmatar a inexistência de um instrumento válido e confiável que permitisse, por um lado, quantificar a resiliência e, por outro, avaliar a sua modificabilidade em resposta a intervenções clínicas. Assim, tendo como ponto de partida os trabalhos de Kobasa, Rutter e Lyons (424) e a ideia de que a resiliência poderia igualmente envolver uma componente espiritual, os autores elaboraram itens que consideram representativos da resiliência enquanto “expressão das características pessoais que nos permitem prosperar perante a adversidade” (300), p.76). A versão original da escala é composta por 25 itens que são classificados pelos respondentes de acordo com o grau em que cada uma das afirmações se aplica a si no último mês utilizando, para esse efeito, uma escala de 5 pontos (0 = “não verdadeira”, 1 = “raramente verdadeira”, 2 = “às vezes verdadeira”, 3 = “geralmente verdadeira” e 4 = “quase sempre verdadeira”). O total da escala, que consiste no somatório de todos os itens, pode variar entre 0-100, com pontuações mais elevadas a refletirem uma maior resiliência.

A CD-RISC tem sido, nos últimos anos, traduzida e adaptada para diferentes línguas<sup>16</sup> e utilizada numa diversidade de estudos. (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) Mais especificamente, a CD-RISC tem sido aplicada a amostras não-clínicas de diferentes faixas etárias, nomeadamente, jovens adultos (p. ex., (434)), adultos (p. ex., (435)) e idosos (p. ex., (436)). Tem sido igualmente usada em estudos conduzidos em amostras clínicas, designadamente, na perturbação de *stress* pós-traumático (p. ex., (437)), na esquizofrenia (p. ex., (438)), na perturbação de ansiedade generalizada (p. ex., (300)), na fobia social (p. ex., (439)), entre outras. Encontramos igualmente na literatura investigações conduzidas em amostras de indivíduos com doenças médicas, tais como, diabetes (p. ex., (440)), infertilidade (p. ex., (441)) e esclerose múltipla (p. ex., (442)), e em amostras de indivíduos que foram expostos a situações de *stress* ou a um trauma severo como, por exemplo, refugiados e sobreviventes de desastres naturais (443).

As análises preliminares, conduzidas pelos autores originais da escala (296), num conjunto alargado de participantes ( $n = 806$ ) provenientes de cinco grupos diferentes

---

<sup>16</sup> A lista das línguas para as quais já foi traduzido o CD-RISC pode ser consultada em: <http://www.cd-risc.com/translations.php>.



(população geral, doentes de ambulatório de cuidados de saúde primários, doentes psiquiátricos seguidos em regime de ambulatório, participantes de um ensaio clínico sobre perturbação de ansiedade generalizada e participantes de dois ensaios clínicos sobre perturbação de *stress* pós-traumático), revelaram resultados promissores no que diz respeito às características psicométricas da escala. Mais especificamente, a escala total apresentou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de .89 e correlações item-total a variar entre .30 e .70 na amostra da população geral) e uma boa estabilidade temporal (coeficiente de correlação intraclasse de .87 num conjunto de participantes que integraram os ensaios clínicos sobre perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de *stress* pós-traumático;  $n = 24$ ). A CD-RISC apresenta, igualmente, uma validade convergente adequada (avaliada através do cálculo das correlações com medidas de robustez, *stress* percebido, vulnerabilidade ao *stress*, incapacidade e suporte social) e divergente (avaliada através do cálculo das correlações com uma medida de funcionamento sexual) em diferentes subamostras dos grupos em estudo.

Já no que diz respeito à estrutura fatorial do questionário, foi conduzida uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) na amostra da população geral ( $n = 577$ ), tendo os resultados apontado para a existência de 5 fatores designados, respetivamente, por (1) *competência pessoal, padrões elevados e tenacidade* (8 itens; p. ex., item 24: “Eu trabalho para atingir os meus objetivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho”), (2) *confiança nos nossos instintos, tolerância ao afeto negativo e efeitos reforçadores do stress* (7 itens; p. ex., item 20: “Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos de agir por impulso, sem olhar para o porquê”), (3) *aceitação positiva da mudança e relações seguras* (5 itens; p. ex., item 1: “Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças”), (4) *controlo* (3 itens; p. ex., item 22: “Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo”), e (5) *influências espirituais* (2 itens; p. ex., item 3: “Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar”).

Contudo, esta estrutura fatorial composta por 5 dimensões não tem sido replicada pela maioria dos estudos subsequentes que têm sido realizados. Mais especificamente, na literatura, encontramos estudos que ao investigarem a estrutura fatorial da versão original da CD-RISC, através da análise fatorial exploratória e/ ou em combinação com a análise fatorial confirmatória, obtiveram suporte empírico para modelos compostos por um

número variável de fatores: cinco fatores (p. ex., (444)), quatro fatores (p. ex., (445)), três fatores (p. ex., (301) (446)), dois fatores (p. ex., (447)), e até um fator (p. ex., (424) (448)), dando origem em alguns casos a versões abreviadas do instrumento (p. ex., 10 itens: (424); 14 itens: (447)). Adicionalmente, a análise à natureza dimensional do CD-RISC torna-se ainda mais complexa quando constatamos que as estruturas fatoriais obtidas, no que diz respeito aos itens que compõem as dimensões encontradas, mostram-se igualmente dissemelhantes quando comparadas às do modelo original (p. ex., (424) (446) (445)).

A instabilidade quanto à estrutura multifatorial da escala CD-RISC constitui, possivelmente, uma das razões que tem motivado os investigadores (p. ex., (449) a, nos últimos anos, optarem por validar para outras línguas a versão abreviada de 10 itens (igualmente, de mais fácil e rápida aplicação) publicada por Campbell-Sills e Stein (424).

Neste âmbito, Campbell-Sills e Stein (424) conduziram uma reanálise exaustiva à estrutura fatorial da CD-RISC<sup>17</sup>, recorrendo a uma combinação de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, com o intuito de explorarem a existência de uma estrutura latente uni ou multifatorial da CD-RISC, e de averiguarem em que medida é que uma estrutura multidimensional se revelaria estável entre amostras diferentes. Os resultados das análises fatoriais exploratórias iniciais (AFEs), conduzidas em duas amostras independentes (mas equivalentes do ponto de vista demográfico,  $n = 522$  e  $n = 539$ ), foram sugestivas de que a estrutura fatorial obtida (composta por 4 fatores) não se revelava estável na medida em que: a) vários itens apresentavam pesos fatoriais inconsistentes entre as duas AFEs; b) um dos itens não saturava de forma saliente em nenhuma das AFEs; c) um fator continha itens de temáticas diferentes tornando difícil a sua interpretação e d) um fator era definido por apenas 2 itens ( (424), pp. 1022-1023). Estes resultados levaram Campbell-Sills e Stein (424) a repetir as AFEs nas duas amostras, mas apenas com a inclusão dos 13 itens que apresentavam pesos fatoriais salientes e consistentes nos dois primeiros fatores obtidos (designados por *robustez* e *persistência*). Esta estrutura bifatorial, que se revelou conceitualmente consistente e coerente entre as duas amostras, foi testada através de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) numa terceira amostra ( $n = 537$ ). Contudo, e

---

<sup>17</sup> Estes autores apontaram importantes limitações metodológicas às análises conduzidas por Connor e Davidson (2003), especificamente: (i) determinação dos fatores a reter somente pela aplicação da regra *eigenvalues* >1; (ii) utilização da rotação ortogonal que impede que os fatores se inter-correlacionem; (iii) dificuldade em interpretar fatores nos quais saturaram itens de diferentes temáticas e (iv) um dos fatores definido apenas por 2 itens (Campbell-Sills & Stein, 2007).

apesar do bom ajustamento global do modelo testado, a elevada correlação verificada entre os dois fatores ( $r = .81$ ) levantava dúvidas quanto à sua validade discriminante. De facto, os 4 itens do fator *persistência* eram redundantes no que diz respeito ao seu conteúdo, e quando se permitia que os resíduos associados a esses itens se correlacionassem, a solução unifatorial revelava possuir um ajustamento global significativamente superior à solução bifatorial testada em resultado das AFEs conduzidas. Por último, considerando que não se justificava a manutenção de itens com conteúdo redundante, os autores optaram por reter apenas um dos quatro itens (aquele que apresentava um peso fatorial mais saliente) tendo comprovado a qualidade de ajustamento da solução unifatorial composta por 10 itens através de AFCs conduzidas na amostra 3 e na combinação das três amostras em estudo ( $n = 1622$ ). À semelhança da versão original, a CD-RISC 10 apresentou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de .85) para a amostra total. Segundo os autores, a versão abreviada da CD-RISC revela possuir uma estrutura estável e excelentes propriedades psicométricas, mantendo as características centrais da resiliência presentes na versão original (na medida em que com esta se correlaciona fortemente,  $r = .92$ ). Mais especificamente, segundo Campbell-Sills e Stein (435), os 10 itens que compõem esta versão refletem a perceção do indivíduo acerca da sua capacidade para tolerar experiências que envolvam uma adaptação a mudanças, obstáculos e fracassos, o lidar com problemas pessoais inesperados, doença ou dano, e a vivência de sentimentos dolorosos.

A este respeito, é importante ainda referir que existe uma segunda versão abreviada (CD-RISC2) que integra apenas 2 itens que foram selecionados pelos autores originais (sem recurso a critérios empíricos) como sendo capazes de capturar a essência da resiliência e desenvolvida com o intuito de constituir uma medida que permitisse avaliar a modificabilidade da resiliência em resposta a intervenções farmacológicas (450). O estudo das características psicométricas da CD-RISC2, efetuado em amostras clínicas e não-clínicas (para um  $n$  total de 844 indivíduos), demonstrou que a CD-RISC2 possui uma adequada consistência interna, estabilidade temporal e validade convergente e divergente (tendo sido a validade analisada através dos coeficientes de correlação obtidos com medidas previamente utilizadas na validação da versão original da escala). Verificou-se, ainda, que o coeficiente de correlação obtido entre a CD-RISC2 e os restantes 23 itens que compõem

a versão original apresenta uma elevada magnitude ( $r = .78, p < .001$ ) o que sugere que os 2 itens que integram esta versão são representativos do total da escala (451). Contudo, esta versão foi desenvolvida para ser utilizada em estudos nos quais se pretenda ter uma medida de modificabilidade da resiliência em resposta a tratamentos que estejam a ser implementados.

Uma revisão da literatura no que concerne à estrutura fatorial da CD-RISC original permite concluir que não obstante as propriedades psicométricas da CD-RISC se terem revelado adequadas numa multiplicidade de estudos, a sua estrutura fatorial revela-se instável, permanecendo até ao momento presente o debate acerca da sua eventual natureza unidimensional (p. ex., (424) (448) (452)) ou multidimensional (296) (298) (453). Sendo a escala CD-RISC um importante instrumento de avaliação da resiliência, tanto para a prática clínica como em contexto de investigação (p. ex., (300)), e um construto-chave nos estudos que se delinearam para a presente tese, o objetivo deste estudo foi o de explorar a estrutura fatorial da CD-RISC<sup>18</sup> na amostra da população em estudo e, em seguida, proceder à avaliação das suas características psicométricas.

## Métodos e Resultados

O desenho do estudo global, população, amostra e recrutamento dos participantes, assim como os aspetos éticos, estão referidos no capítulo 3 (Materiais e Métodos) da tese.

Da amostra recolhida, foram excluídos questionários nos quais se verificou um incorreto preenchimento quer por clara incompreensão ou não aplicação das instruções fornecidas, quer devido ao preenchimento incompleto dos itens de resposta, conduzindo a que em alguns dos estudos apresentados se considere uma amostra de 393 colaboradores.

Assim, dos 405 participantes que compõem a amostra em estudo foram excluídos 12 sujeitos em relação aos quais se verificou que existiam dados omissos em pelo menos um dos itens que compõem a escala. A amostra final ficou constituída por 393 sujeitos, dos quais 191 são do sexo masculino (48.6%) e 202 são do sexo feminino (51.4%), com uma

---

<sup>18</sup> A versão da CD-RISC 25 que integrou o presente estudo encontra-se no Apêndice B.2.

idade média de 41.08 anos ( $DP = 8.27$ ; variação = 22-64 anos) e na sua maioria casados ou a viver em união de facto (66.4%;  $n = 261$ ). A descrição das características sociodemográficas da amostra em estudo é apresentada na tabela G.18 (Apêndice G.18).

### *Análises estatísticas*

Num primeiro momento, recorreu-se a duas análises fatoriais confirmatórias (AFC) com recurso ao *software* AMOS (v. 22 IBM SPSS Inc, Chicago, IL) e ao método de estimação da máxima verosimilhança<sup>19</sup>, para testar a validade da estrutura multifatorial original (CD-RISC 25; Connor e Davidson (300) e da versão abreviada unifatorial de 10 itens (454) na amostra portuguesa em estudo.

Dada a controvérsia em torno da natureza unifatorial ou multifatorial do CD-RISC, e tendo em consideração os resultados obtidos nas AFC conduzidas, optou-se ainda por avaliar a estrutural dimensional subjacente pela análise fatorial exploratória. A extração dos fatores foi efetuada através do método da máxima verosimilhança<sup>20</sup> seguido de uma rotação oblíqua (*direct oblimin* com  $\delta=0$ ), dado ser expectável que os fatores extraídos se mostrassem correlacionados entre si (p. ex., (424)). As AFE conduzidas foram efetuadas com recurso ao *software* SPSS (versão 22.0; IBM SPSS Inc, Chicago, IL), tendo sido previamente assegurados os pressupostos relativos à sua utilização (p. ex., tamanho da amostra, normalidade da distribuição).

A adequação da matriz de correlações foi analisada através do Teste de Esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954) e, em complementaridade, da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Kaiser, 1974), de acordo com os critérios de classificação definidos em Marôco (455). Para determinar o número de fatores a reter analisaram-se os critérios de Kaiser (regra do *eigenvalue*  $> 1$ ) em consonância com o *scree plot* de Cattell (retenção dos fatores até aquele em que se observa uma inflexão da curva) e a percentagem de variância retida (de modo a que os fatores extraídos explicassem, pelo menos, 5% da variância total; de acordo com as indicações de Costello e Osborne, 2005 e

---

<sup>19</sup> O método de estimação da máxima verosimilhança é o mais habitualmente utilizado na condução de análises fatoriais confirmatórias (Brown, 2006; Marôco, 2010), daí a opção pelo seu uso no presente estudo.

<sup>20</sup> Este é o método de estimação desejável a aplicar quando não se verificam desvios severos à normalidade da distribuição (p. ex., assimetria  $< 2$  e curtose  $> 7$  (West, Finch, & Curran, 1995 tal como citado por Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999).

Marôco (456). Por último, no sentido de tornar as soluções obtidas mais interpretáveis, seguiram-se as orientações habitualmente aplicadas nestes procedimentos estatísticos, optando-se pela eliminação dos itens que apresentassem valores de saturação inferiores a .32 (dado este ser o valor mínimo de saturação para considerar esse item como significativo), que saturassem acima de .32 em dois ou mais fatores de modo a evitar saturações duplas (457) e, considerando-se, três itens como o número mínimo de itens para reter determinado fator dado que em número inferior produz-se geralmente um fator fraco e instável (Costelo & Osborne, 2005). Neste seguimento, as soluções obtidas através das AFEs foram submetidas a análises fatoriais confirmatórias de modo a se poder avaliar a qualidade de ajustamento de cada um destes modelos.

Relativamente às AFCs foram examinados os pressupostos relativos à condução destas análises, nomeadamente, a distribuição normal uni e multivariada e a existência de *outliers* multivariados nos dados em estudo. A adequação dos modelos que se pretendiam testar às estruturas correlacionais observadas entre as variáveis manifestas, foi avaliada através do seguinte conjunto de índices empíricos de ajustamento e tendo como valores de referência para cada um dos índices testados: 1) *normed chi-square*<sup>21</sup> ( $\chi^2/g.l.$ ; (458)) considerando-se, valores de  $\chi^2/g.l.$  entre 2-5 e  $< 2$  como indicativos de um ajustamento aceitável e de um bom ajustamento, respetivamente (Arbuckle, 2008, citado em (459)), 2) *comparative fit index* (CFI; (451)) e *Tucker-Lewis index* (TLI; (460)) considerando-se, respetivamente, valores entre .90-.95 e  $\geq .95$ , como indicativos de um ajustamento aceitável e de um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999), o 3) *root mean square error of approximation* com intervalo de confiança (IC) de 90% (RMSEA), sendo que neste caso, se considerou um valor  $<.05$  como constituindo um bom ajustamento, valores entre .05 e .08 como refletindo um ajustamento aceitável, entre .08 e .10 um ajustamento marginal e valores  $>.10$  um pobre ajustamento (461). De modo a se proceder à comparação da qualidade de ajustamento global dos modelos testados foram comparados os valores de AIC<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Apesar do teste do qui-quadrado ser amplamente utilizado na avaliação da qualidade de ajustamento do modelo em AFCs, ele é altamente sensível ao tamanho da amostra (geralmente em grandes amostras ele conduz à rejeição da hipótese nula mesmo quando o modelo fatorial é adequado (492)), sendo este o motivo pelo qual se optou pelo *normed chi-square*

<sup>22</sup> De acordo com Marôco (453) o melhor modelo será aquele que entre os avaliados apresentar um menor valor no *Akaike Information Criterion* (AIC).

A fiabilidade de construto foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach (462) e da fiabilidade compósita. Para o coeficiente alfa de Cronbach foram utilizados os seguintes pontos de corte: valores acima de .90 como indicativos de um nível de consistência interna excelente, entre .80 - .90 como sendo uma consistência interna boa, entre .70 - .80 como sendo aceitável, entre .60 - .70 como sendo questionável, entre .50 e .60 como sendo pobre e abaixo de .50 como sendo inaceitável (463). Já em relação à fiabilidade compósita (que indica o grau em que os itens são manifestações consistentes do fator latente, considerou-se o valor  $\geq$  a .70) como indicativo de uma fiabilidade do construto apropriada (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998, citado em (456)). Já a *validade fatorial* que indica em que medida os itens são reflexo (i.e., manifestações consistentes) do fator latente que pretendem medir (456), comprova-se quando todos os itens são estatisticamente significativos e desejavelmente apresentam pesos fatoriais estandardizados e coeficientes fatoriais ao quadrado superiores, respetivamente, a .50 e .25. Contudo, a este respeito, alguns autores apontam como aceitáveis pontos de corte mais conservadores (p. ex., .30, .40) no que concerne ao peso estandardizado (p. ex., (457) (464)), tendo-se considerado no presente estudo como ponte de corte o valor de .40. No que diz respeito ao estudo da sensibilidade psicométrica de cada um dos itens foram ainda calculados os valores médios e de desvio-padrão, de correlação item-total corrigida e do alfa de *Cronbach* do fator se excluído o item, para cada um dos indicadores de medida. Esta análise às características psicométricas da escala foi efetuada com recurso ao SPSS v. 22.0 (465).

#### Resultados do teste à validade estrutural da CD-RISC na amostra em estudo

Antes de se ter procedido à condução das AFCs foi assegurada a inexistência de violações severas à distribuição normal (valores absolutos de assimetria  $< 3$  e valores absolutos de curtose  $< 8-10$ ), de acordo com as orientações de Kline (466). Já em relação à identificação de *outliers* multivariados, verificou-se que algumas observações apresentavam valores da distância quadrada de Mahalanobis ( $DM^2$ ) indicativos da existência de *outliers*, porém, porque estes ocorriam em número bastante reduzido, optou-se pela sua manutenção de modo a não diminuir a variabilidade associada ao construto em estudo.

*Modelos testados através da Análise Fatorial Confirmatória (opções 1, 2 e 3)***Opção 1**

A primeira AFC foi conduzida em relação ao modelo original de 5 fatores (296). Os índices empíricos relativos à qualidade de ajustamento global foram sugestivos de uma pobre adequação da estrutura fatorial à matriz de observações [ $\chi^2/g.l.$  =2.322, CFI=.822, TLI=.798, RMSEA =.058 (IC 90%:052-.064)].

**Opção 2**

A análise aos resultados da AFC do modelo original de 5 fatores revelou que um dos indicadores de medida (o item 20) não saturava significativamente no fator teórico de pertença, tendo-se reespecificado o modelo com a remoção deste item. Adicionalmente, e porque se verificou que alguns dos fatores (p. ex., fatores 4 e 5, respetivamente “controlo” e “influências espirituais”) se correlacionavam fortemente ( $r = .92$ ), o que tornava questionável a sua validade discriminante, optou-se pela sua aglutinação. Do ponto de vista teórico, fundamentava-se igualmente a sua junção, na medida em que o *locus* de controlo em saúde tem sido descrito associado à espiritualidade e à crença religiosa (467) (468). Em seguida, foram ainda removidos o item 22 (que não saturava significativamente no fator teórico de pertença) e os itens 13, 2 e 6 (que apresentavam pesos fatoriais < .40). Por fim, analisados os índices de modificação, optou-se por adicionar uma covariância entre os resíduos associados aos itens 23 (‘Eu gosto de desafios’) e 24 (‘Eu trabalho para atingir os meus objetivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho’), ambos pertencentes ao fator 1 (“competência pessoal, padrões elevados, e tenacidade”), itens esses que poderão ser entendidos como sobreponíveis pelos participantes respondentes. Esta reespecificação do modelo conduziu a uma clara melhoria nos índices de ajustamento global do mesmo [ $\chi^2/g.l.$  =1.871, CFI=.915, TLI=.901, RMSEA =.047 (IC 90%:039-.055)]. Como tal, o modelo composto por 4 fatores apresenta um ajustamento mais aceitável à matriz de dados na amostra sob estudo.



### Opção 3

Já os resultados da AFC do modelo abreviado composto por 10 itens (434) são sugestivos de um bom ajustamento à matriz dos dados [ $\chi^2/g.l. = 1.889$ , CFI=.948, TLI=.933, RMSEA =.048 (IC 90%:030-.065)] fornecendo, igualmente, suporte empírico para a opção pelos modelos unidimensionais.

### Modelos testados através da AFC mas derivados da Análise Fatorial Exploratória (opções 4, 5 e 6)

Dada a controvérsia em torno da natureza concetual unidimensional ou multidimensional da resiliência tal como avaliada pela CD-RISC, e porque os itens que integram quer a versão de 4 fatores quer a versão reduzida da escala poderiam não ser os mais representativos do construto de resiliência na amostra em estudo, recorreu-se a AFE para explorar a natureza da estrutura latente na amostra em estudo. A AFE foi conduzida através do método da máxima verosimilhança seguido de uma rotação oblíqua (*direct oblimin*; delta = 0). O valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de .86 (excedendo claramente o valor recomendado de .60; Kaiser, 1970) e o teste da esfericidade de Bartlett (1954), revelou-se estatisticamente significativo ( $\chi^2(300) = 2210.417$ ;  $p < .001$ ), o que é demonstrativo da adequação/ fatorabilidade da matriz de correlações a este procedimento estatístico e a possibilidade de prosseguir com a análise à estrutura fatorial da escala (457). A aplicação do critério de Kaiser levaria à retenção de 7 fatores (com *eigenvalues* > 1) que explicavam no seu conjunto 54.86% (verificou-se, porém, que o primeiro fator sobressaía de forma expressiva ao apresentar um *eigenvalue* de 5.71) e ao explicar sozinho 22.84% da variância total da escala. Em complementaridade, a visualização do gráfico *scree plot* revelou que o ponto de inflexão da curva ocorria entre o terceiro e quarto fatores<sup>23</sup>. De facto, somente os quatro primeiros fatores é que explicavam uma percentagem de variância superior a 5%. Dado que a aplicação da AFE falhou em convergir numa solução rodada procedeu-se à reespecificação da mesma, usando os mesmos procedimentos de extração e rotação, mas agora forçando o número de fatores a reter de modo a poderem

---

<sup>23</sup> O critério do *scree plot* revela-se como sendo mais válido pelo facto do critério de Kaiser tender a conduzir a uma sobrestimação do número de componentes a reter (493).

ser analisadas soluções a variar entre 1 a 6 fatores. De facto, não obstante a análise aos critérios, para determinar o número de fatores a reter, a apontar para a retenção de 3 a 4 fatores, foram igualmente testadas outras soluções de modo a se poder perceber quantos fatores sólidos e consistentes eram possíveis obter (i.e., quantos itens saturavam de forma expressiva nesses fatores) e, por outro lado, quantos itens não saturavam significativamente em nenhum dos fatores ou apresentavam uma saturação expressiva em mais do que um fator de modo a poder encontrar uma solução mais parcimoniosa e interpretável do ponto de vista concetual. Porém, e tal como seria expetável, as soluções forçadas a cinco e seis fatores produziram fatores pouco sólidos e dificilmente interpretáveis do ponto de vista concetual. Especificamente, em ambos os casos verificou-se a existência de pelo menos um fator composto por apenas 2 itens (o 2 e o 13), itens de diferentes fatores teóricos que se agrupavam no mesmo fator (“competência pessoal e aceitação das mudanças”), fatores teóricos que se dividiam em dois fatores nas soluções obtidas (“competência pessoal”). Já em relação à solução forçada a quatro fatores, não obstante a mesma ser composta por três fatores que se revelaram razoavelmente coerentes (quando comparados aos fatores teóricos definidos por Connor e Davidson, 2003) e, como tal, passíveis de serem concetualmente interpretados, foi rejeitada pelo facto de um dos fatores ser definido por apenas um item que apresentava uma saturação dupla (i.e.,  $>.32$ ). As soluções forçadas a um, dois e três fatores revelaram-se mais interpretáveis do ponto de vista concetual e mais coerentes do ponto de vista empírico. Todavia, e apesar de não se terem verificado situações de dupla saturação, optou-se por proceder à remoção dos itens que apresentavam saturações pouco expressivas em todos os fatores ( $<.32$ )<sup>24</sup>, de modo a simplificar as soluções fatoriais obtidas, e proceder à reespecificação das três soluções seguindo os mesmos procedimentos de estimação e de rotação dos fatores descritos previamente. A solução final de 3 fatores explicava 43.15% da variância total (sendo o primeiro fator constituído por 10 itens, o segundo composto por 3 itens e o terceiro fator composto por 6 itens), a solução de 2 fatores explicava 32.67% (com o primeiro fator a integrar 20 itens e o segundo fator composto por 3 itens) e a solução unifatorial explicava 27.69% (sendo composta por 20 itens). Por último, procedeu-

---

<sup>24</sup> No caso do modelo tri-fatorial foram removidos os itens 2, 6, 13, 20, 22 e 25; no caso do modelo bi-fatorial foram removidos os itens 2 e 20 e, por último, no caso do modelo unifatorial foram removidos os itens 3, 9, 20, e 21. De referir, que à exceção dos itens 6 e 25, os restantes itens também apresentaram problemas de fraca saturação e/ ou dupla saturação em estudos prévios (p. ex.413,414), que conduziram igualmente à sua remoção.

se à comparação do modelo original de 5 fatores (modelo 1), do modelo composto por quatro fatores derivado da AFC (modelo 2) e do modelo da versão abreviada de 10 fatores (modelo 3) com os modelos derivados das AFE conduzidas (respetivamente, os modelos 4, 5 e 6).

#### Opção 4 (modelo trifatorial derivado da Análise Fatorial Exploratória)

A partir dos resultados obtidos na AFE, foi testado um modelo tridimensional (primeiro fator composto por 10 itens, segundo fator composto por 3 itens e terceiro fator composto por 6 itens). Este modelo apresentou um ajustamento global aceitável [ $\chi^2/g.l. = 2.011$ , CFI=.906, TLI=.892, RMSEA =.051 (IC 90%:042-.059)].

#### Opção 5 (modelo bifatorial derivado da Análise Fatorial Exploratória)

Tendo em conta os resultados obtidos na AFE, foi testado um modelo bidimensional (um dos fatores composto por 20 itens e o segundo fator composto por 3 itens). O modelo apresentou um pobre ajustamento global [ $\chi^2/g.l. = 2.219$ , CFI=.849, TLI=.833, RMSEA =.056 (IC 90%:049-.062)]. Em seguida, procedeu-se à remoção dos itens 22, 6, 25 e 13 por apresentarem pesos fatoriais estandardizados baixos (< .40) e adicionou-se uma covariância entre os resíduos dos itens 23 e 24 por se encontrarem fortemente associados (IM > 20). A re-especificação do modelo melhorou o ajustamento do mesmo [ $\chi^2/g.l. = 2.178$ , CFI=.889, TLI=.874, RMSEA =.055 (IC 90%:047-.063)].

#### Opção 6 (modelo unifatorial derivado da Análise Fatorial Exploratória)

Foi testado um modelo unidimensional derivado da AFE composto por 20 itens. Este modelo apresentou um ajustamento sofrível à matriz de dados [ $\chi^2/g.l. = 2.397$ , CFI=.854, TLI=.837, RMSEA =.060 (IC 90%:052-.067)]. Em seguida, procedeu-se à remoção dos itens (22, 6, 25 e 13) que apresentavam pesos fatoriais estandardizados baixos (< .40). Por último, a análise aos índices de modificação (estimados pelo método dos Multiplicadores de Lagrange) conduziu igualmente à reespecificação do modelo (i.e., à adição de uma

trajetória de covariância entre os resíduos dos itens 23 e 24 que se revelavam fortemente correlacionados e que se traduziam num  $IM > 20$ ;  $p < .001$ )<sup>25</sup>. O modelo final apresentou um ajustamento mais aceitável à matriz dos dados [ $\chi^2/g.l. = 2.409$ , CFI=.895, TLI=.878, RMSEA =.060 (IC 90%:050-.070)] (Tabela E.132, Apêndice E.132).

Com o intuito de comparar a qualidade de ajustamento global dos modelos testados, e tendo em consideração que os mesmos não são hierárquicos (aninhados) entre si, recorreu-se ao *Akaike information criterion* (AIC), dado não ser possível utilizar o teste estatístico do qui-quadrado como teste de significância (466). A análise aos valores dos AICs apontou no sentido de que o modelo unifatorial de 10 itens (454) apresentava uma qualidade de ajustamento superior à apresentada pelos restantes modelos na amostra sob estudo. De facto, este modelo apresenta um ajustamento superior aos modelos especificados a partir dos resultados obtidos nas AFE conduzidas e até mesmo quando se procede a modificações *post hoc* aos modelos (com base na análise aos IM). Porque a versão abreviada de 10 itens da CD-RISC foi a que se revelou mais parcimoniosa do ponto de vista empírico e concetual (na medida em que é uma versão autorizada pelos autores da escala como abarcando o construto de resiliência); as análises subseqüentes à sensibilidade psicométrica dos itens foram apenas efetuadas para esta versão reduzida da escala.

Os índices de ajustamento local para a versão abreviada de 10 itens são apresentados na tabela E.133 (Apêndice E.133). Os resultados obtidos sugerem que os 10 itens contribuem significativamente e de forma adequada para a versão CD-RISC10, ao apresentarem valores aceitáveis [p. ex., de acordo com as orientações de Marôco (435) e Tabachnick e Fidell (457)] no que concerne aos pesos fatoriais estandardizados ( $\lambda$ ) que se revelaram superiores a .40; aos valores de fiabilidade individual ( $R^2$ ) obtidos superiores a .16 e aos valores de correlação item-total corrigida superiores a .35]. Neste sentido, é

---

<sup>25</sup> Somente quando as modificações a efetuar ao modelo são do ponto de vista, teórico e prático, plausíveis é que devem ser efetuadas (p. ex., 488). No caso do modelo 2 procedeu-se à eliminação do item 20 por este não saturar significativamente no fator latente, e adicionou-se uma trajetória de covariância ( $IM > 20$ ) entre os itens 2 ("Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob *stress*") e 13 ("Durante momentos de *stress*/crise, eu sei onde procurar ajuda") que apesarem de não pertencerem ao mesmo fator teórico são, pelo menos, em parte redundantes do ponto de vista conceptual. No caso dos modelos 6 e 8 foi adicionada uma trajetória de covariância entre os resíduos associados aos itens 23 ("Eu gosto de desafios") e 24 ("Eu trabalho para atingir os meus objetivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho"), claramente similares do ponto de vista conceptual (e que apresentavam um  $IM > 20$ ).

possível assumir que todos os itens contribuem positivamente para a construção do fator de pertença e que a CD-RISC 10 possui uma adequada validade fatorial. No mesmo sentido, e no que diz respeito à fiabilidade de construto, esta foi avaliada através do alfa de Cronbach que foi comprovativo de uma consistência interna adequada ( $\alpha = .76$ ), e também através do valor de fiabilidade compósita que excedeu claramente o ponto de corte de referência de .70 ( $FC_{CD-RISC10} = .77$ ).

### Discussão e Conclusões

Os resultados das AFCs conduzidas forneceram evidências empíricas pela opção de um modelo unidimensional da CD-RISC na presente amostra, comparativamente aos modelos multidimensionais (quer o original, quer o modelo tri e bifatorial derivado das EFAs). À semelhança de estudos prévios (p. ex., (469) (470)), tal não significa que o construto de resiliência não seja composto por várias dimensões, apenas que os resultados conduzidos na amostra sob estudo apontam no sentido de que a CD-RISC não parece avaliar adequadamente um modelo dessa natureza. Assim, consistentemente com diversos estudos que analisaram a estrutura fatorial da CD-RISC25, não se obtiveram evidências empíricas para uma solução de cinco fatores (p. ex., (471) (469) (470)) **Falta as referencias 495 e 496.**

Já a CD-RISC 10 apresentou índices de ajustamento globais e locais aceitáveis e similares aos obtidos por Campbell-Sills e Stein (454). Refere-se ainda que, na amostra em estudo, o coeficiente de correlação de *Pearson* encontrado entre esta versão abreviada e a versão original é de magnitude bastante elevada ( $r = .87$ ), o que é consistente com a ideia defendida por estes autores de que os itens retidos capturam a essência do construto de resiliência e, no seu conjunto, “refletem a habilidade para tolerar experiências que envolvam mudança, problemas pessoais, doença, pressão, fracasso e sentimentos dolorosos” ((469), p.1026). Os valores médios e de desvio-padrão de resiliência na amostra da população geral em estudo ( $M = 30.29$ ,  $DP = 4.15$ ) revelaram-se ligeiramente superiores aos encontrados pelos autores originais numa amostra de estudantes do ensino superior ( $M = 27.21$ ,  $DP = 5.84$ ). À semelhança da versão original, a versão em estudo revelou possuir uma adequada consistência interna.

Relativamente à CD-RISC, foi publicado no BMJ Open um artigo, no qual é segunda autora:

Faria-Anjos J, **Heitor dos Santos MJ**, Ribeiro MT, Moreira S, Connor-Davidson. Resilience Scale: Validation study in a Portuguese sample. BMJ Open 2019; 9: e026836. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026836.

#### 4.8.3 Estudo 3: Estudo das características psicométricas e da estrutura fatorial da Escala de Satisfação no Trabalho

*Objetivo 16:* Validar as propriedades psicométricas e fatoriais da Escala de Satisfação no Trabalho (versão de 7 itens).

##### Introdução

Satisfação laboral é qualquer combinação de circunstâncias psicológicas, fisiológicas e ambientais que levem a pessoa a dizer “estou satisfeito(a) com o meu trabalho” (306), comportando também uma dimensão interna associada ao modo como o colaborador se sente. Segundo Lima et al. (436), a satisfação geral do trabalhador depende do grau de satisfação que sente em relação a um conjunto de dimensões, nomeadamente, a sua satisfação com as perspetivas de promoção, com a organização e funcionamento do departamento onde trabalha, na sua relação com os colegas de trabalho, com a remuneração, com a competência do seu superior hierárquico imediato, com o trabalho que realiza e com a competência dos seus colaboradores. A satisfação laboral e a sua relação com trabalhadores mais ou menos produtivos (313) (314) (317), foi descrita no capítulo 1.1.29.

A escolha da Escala de Satisfação no Trabalho [versão de Carochinho, 1998], deveu-se ao facto de ser um instrumento amplamente utilizado e psicometricamente robusto e de já existir uma escala em língua portuguesa, adaptada de um conjunto de escalas de bem-estar, tendo sido autorizada a sua aplicação diretamente através de Carochinho.

Na sua versão original, a Escala de Satisfação no Trabalho (*Job Satisfaction*) consiste num dos questionários de autorresposta multidimensional, que faz parte do *Occupational*

*Stress Indicator* (OSI: (468) (Tabela E.134, Apêndice E.134). O OSI é composto por 6 escalas/ domínios, sendo que cada um deles integra um número variável de subescalas, perfazendo um total de 25 subescalas e de 167 itens. A deteção de fragilidades, sobretudo em relação a algumas dimensões (p. ex., comportamento tipo A, *locus* de controlo e estratégias de *coping*), nomeadamente no que concerne à estrutura fatorial e à consistência interna das subescalas que as compõem conduziu a que a escala original sofresse algumas modificações (p. ex., reformulação de itens; (468)). Segundo os autores, este instrumento de medida foi desenvolvido com o intuito de colmatar a inexistência de instrumentos que permitissem avaliar as componentes-chave do *stress* ocupacional de forma integrada e compreensiva (p. ex., (468) (454)). O OSI tem vindo a ser utilizado como “uma ferramenta para informar decisões organizacionais no que diz respeito à gestão do *stress* ou para sugerir mudanças no trabalho, ou como um instrumento de avaliação em programas de gestão do *stress* ou na investigação científica” (437).

A Escala de Satisfação no Trabalho que integra o OSI é originalmente composta por 22 itens que se distribuem por cinco subescalas: 1) *satisfação com a promoção e carreira* (6 itens), 2) *satisfação com o trabalho em si* (4 itens), 3) *satisfação com a estrutura e o design da organização* (5 itens), 4) *satisfação com a organização dos processos* (4 itens), 5) *satisfação com a relação entre as pessoas* (3 itens). Pode ainda ser calculado um índice geral de satisfação composto por 5 destes itens. O estudo das características psicométricas da versão portuguesa deste instrumento de medida foi realizado numa amostra de 746 indivíduos pertencentes ao mercado de recursos humanos por Carochinho e Ferreira (472). Segundo os autores, estes itens medem vários aspetos/dimensões da satisfação com o trabalho (p. ex., promoção, relações), sendo solicitado aos respondentes que classifiquem cada um dos itens utilizando uma escala tipo Likert de 6 pontos, que varia entre 1 (‘muita insatisfação’) e 6 (‘muita satisfação’). O indicador geral de satisfação é criado através da média aritmética do conjunto dos itens. No que diz respeito à validação do instrumento para a população portuguesa, os autores, através de uma análise fatorial de componentes principais, encontraram evidências para a existência de 2 fatores (ainda que um dos fatores explicasse muito pouco da variância dos dados), que designaram por *satisfação com o trabalho e com as perspetivas de promoção* (12 itens) e *satisfação com a estrutura e o design da organização* (10 itens). No que diz respeito à consistência interna, foram

encontrados valores de .93 e .91 para cada uma das escalas, e de .95 para a escala total (composta pelos 22 itens).

No presente estudo foi utilizada uma versão reduzida de 7 itens, por indicação do autor. Não existindo (que seja do conhecimento da autora da presente tese) estudos sobre as características psicométricas desta versão na língua portuguesa, procedeu-se à validação do instrumento na amostra em estudo.

Como tal, o objetivo do presente estudo foi o de explorar a estrutura fatorial e as características psicométricas da ESP utilizada na presente tese. Os sete itens que compõem a versão da Escala de Satisfação no Trabalho pretendem avaliar a satisfação do trabalhador relativamente às perspetivas de promoção; à empresa e funcionamento do departamento onde trabalha; à colaboração e clima de relação com os seus colegas; à remuneração que recebe; à competência e funcionamento do seu superior hierárquico; ao trabalho que realiza e, globalmente, considerando todos os aspetos do seu trabalho e da sua vida na empresa, conseguindo abarcar o construto que se pretende medir. Na versão aplicada nos estudos que compõem a presente tese, foi solicitado aos participantes que classificassem cada uma das afirmações que avaliam diferentes aspetos do trabalho numa escala de Likert de 7 pontos (1= 'extremamente insatisfeito'; 7='extremamente satisfeito').

## Métodos

O desenho do estudo global, população, amostra e recrutamento dos participantes, assim como os aspetos éticos, estão referidos no capítulo 3 (Materiais e Métodos) da tese.

A descrição das características sociodemográficas da amostra em estudo é apresentada na tabela E.135 (Apêndice E.135).

### *Análises estatísticas*

A estrutura dimensional subjacente aos 7 itens foi estudada através de uma análise fatorial exploratória (AFE) pelo método da máxima verosimilhança, de acordo com as



orientações descritas em Marôco (435) e Tabachnick e Fidell (463). Neste sentido, foi assegurado o cumprimento dos pressupostos relativos a este tipo de procedimento estatístico, nomeadamente o tamanho da amostra ( $> 300$  que de acordo com Tabachnick e Fidell) (439) e força da relação entre as variáveis (correlações item-total  $> .30$  de acordo com Pallant, 2010), a normalidade da distribuição (não tendo sido detetados desvios significativos) e inexistência de valores extremos em relação aos indicadores que compõem a escala de medida. A fatorabilidade da matriz de correlações foi analisada através do Teste de Esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954) e da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Kaiser 1974) e o número de fatores a reter foi efetuado com base nos critérios de Kaiser (*eigenvalues*  $> 1$ ), do *scree plot* de Cattell (retenção dos fatores até aquele em que se observa uma inflexão da curva) e da percentagem de variância explicada (cada fator extraído deve explicar no mínimo 5% da variância total da escala). A sensibilidade dos itens que compõem a escala foi examinada através dos valores médios e de desvio-padrão, da correlação item-total corrigida e do valor de alfa se eliminado o item. As análises estatísticas anteriormente mencionadas foram efetuadas com recurso ao *software* SPSS versão 22.0 (465).

A validade da estrutura fatorial da ESP foi avaliada através de uma análise fatorial confirmatória (AFC) com recurso ao *software* AMOS (v. 20, IBM SPSS Inc, Chicago, IL), com o intuito de avaliar a qualidade de ajustamento do modelo teórico proposto (o modelo unifatorial obtido na AFE) à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas na amostra em estudo. O método utilizado foi o da máxima verosimilhança por ser o mais usual quando se aplica este procedimento estatístico (455) (440). Foi ainda assegurado o cumprimento dos pressupostos subjacentes à sua utilização, nomeadamente a normalidade dos indicadores de medida (não se tendo verificado desvios severos à normalidade;  $| \text{assimetria} | < 3$  e  $| \text{curtose} | < 8-10$ ) (466). Já a análise aos valores da distância quadrada de Mahalanobis ( $DM^2$ ) indicaram a existência de um número reduzido de *outliers*, mas optou-se pela sua manutenção, dado que a sua remoção conduziria a uma diminuição da variabilidade associada às componentes em estudo. A qualidade global de ajustamento do modelo foi avaliada através dos seguintes índices empíricos de ajustamento: 1) *normed chi-square* ( $\chi^2/g.l.$ ; (468), 2) *comparative fit index* (CFI; (468), 3) *Tucker-Lewis index* (TLI; (468) e o 4) *root mean square error of approximation* com intervalo de confiança de 90% (RMSEA; (468)), tendo sido utilizados os valores de referência anteriormente descritos.

A fiabilidade de construto que se refere à capacidade dos itens em medir, de forma reprodutível e consistente, o fator que compõem na amostra em estudo foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach e da fiabilidade compósita (FC), tal como sugerido por Marôco (453). A consistência interna das variáveis em estudo foi avaliada através do alfa de Cronbach, considerando-se o valor de .70 como indicador de um nível de consistência interna aceitável (Nunally, 1978). Já a fiabilidade compósita (que indica o grau em que os itens são manifestações consistentes do fator latente) é considerada apropriada para valores acima de .70 (435) (441).

### Resultados

O teste de Esfericidade de Bartlett apresentou um  $p$ -value  $< .001$  ( $\chi^2_{(g.l.=21)} = 1372.270$ ) e o valor de KMO (.881) revelou-se claramente superior ao valor recomendado (de .60; Kaiser, 1974). Adicionalmente, verificou-se que apenas um fator apresentava um *eigenvalue*  $> 1$  (4.09) capaz de explicar 58.48% da variância total das variáveis originais. No mesmo sentido, a visualização do gráfico *scree plot* revelou que o ponto de inflexão da curva ocorria entre o primeiro e segundo fatores. Adicionalmente, a análise à matriz fatorial (Tabela E.136, Apêndice E.136) mostrou que todos os 7 itens saturam no primeiro fator, apresentando valores de comunalidades a variar entre .33 e .76 e pesos fatoriais  $> .50$ . Na amostra em estudo, todos os itens apresentam um valor de correlação item-total ( $> .55$ ) situando-se manifestamente acima do ponto de corte de .40 sugerido por Tabachnick e Fidell (468) o que sugere de acordo com estes autores que, isoladamente, todos os itens contribuem positivamente para a construção do fator de pertença (439)

Já no que diz respeito à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) conduzida, os índices de qualidade de ajustamento global revelaram uma adequação sofrível da estrutura fatorial da ESP à matriz de observações: valores de  $\chi^2/g.l. = 6.799$ , CFI = .940, TLI = .911 e RMSEA = .120 (IC90%: .098-.143). A análise aos índices de modificação (IM) (estimados pelo método dos Multiplicadores de Lagrange) superiores a 11 ( $p < .001$ ) produzidos pelo AMOS, levou à opção de serem associadas duas trajetórias de covariância entre os resíduos de itens que se verificaram estarem fortemente associados (IM  $> 18$ ). De facto, quando analisamos o conteúdo destes itens, verificamos que os itens 3 ('Em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas diria que está...') e 5 ('Em relação à competência e

funcionamento do seu superior hierárquico, diria que está...') são semelhantes do ponto de vista concetual. Já em relação aos itens 1 ('Em relação às suas perspetivas de promoção diria que está...') e 4 ('Em relação à remuneração que recebe diria que está...') é possível que os respondentes da amostra em estudo associem fortemente as oportunidades de promoção na carreira à expectativa de um aumento salarial. Com a adição das duas trajetórias de covariância o modelo passou a apresentar um ajustamento global mais aceitável à matriz dos dados: valores de  $\chi^2/g.l.$  = 4.538, CFI = .969, TLI = .945 e RMSEA = .094 (IC90%: .069-.120).

No que se refere à validade fatorial verificou-se que todos os 7 itens apresentam pesos fatoriais estandardizados superiores a .50 (variam entre .56 e .88) e valores de trajetória estatisticamente significativos ( $p < .001$ ), o que atesta que todos medem o fator que se pretende que avaliem. No mesmo sentido, os 7 itens apresentaram fiabilidades individuais adequadas, com pesos ao quadrado a variar entre .31 (item 4) e .77 (item 7), o que é sugestivo de que o fator explica uma percentagem elevada da variância de todos os itens que o compõem.

No que diz respeito à fiabilidade de construto, a mesma foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, sugestivo de uma boa consistência interna ( $\alpha = .88$ ), e através da fiabilidade compósita ( $FC_{\text{satisfação no trabalho}} = .88$ ) que se situou claramente acima do valor indicativo de uma adequada fiabilidade de construto (.70; (457)).

#### Discussão e Conclusões

O presente estudo teve como objetivo investigar a estrutura fatorial e as características psicométricas da Escala de Satisfação no Trabalho (EST). A análise fatorial exploratória conduzida na amostra em estudo foi sugestiva de que a EST apresenta uma estrutura unidimensional, tendo sido, posteriormente, esta estrutura confirmada através da análise fatorial confirmatória. A EST apresenta, igualmente, uma boa consistência interna, constituindo-se como uma medida válida e confiável para avaliar a satisfação profissional dos participantes que pertencem à amostra sob estudo na presente tese.

#### 4.8.4 Estudo 4: Estudo da conciliação trabalho-família

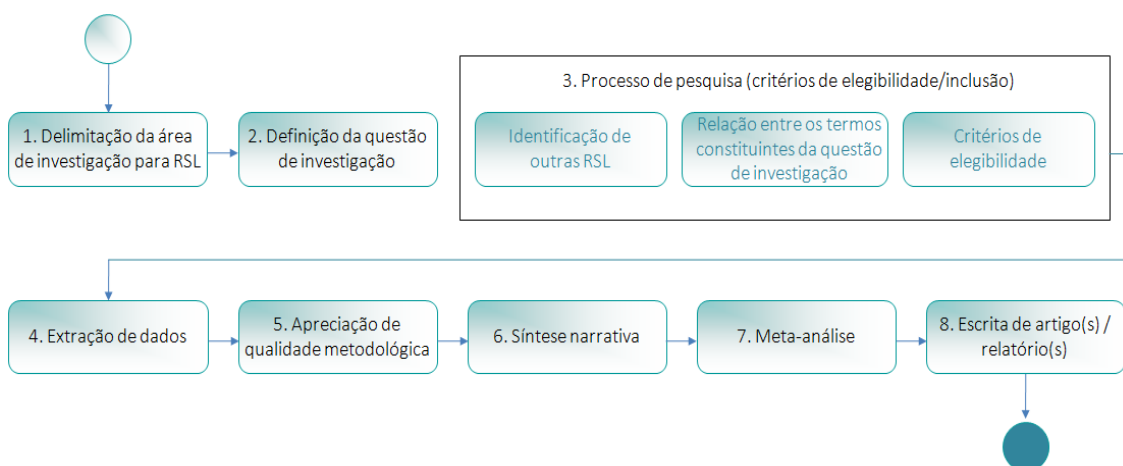
*Objetivo 9:* Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência.

*Objetivo 10:* Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência.

*Objetivo 12:* Analisar o papel mediador da saúde mental na relação entre as dimensões ‘percepções sobre o trabalho’ e o presentismo absoluto.

Na sequência da revisão narrativa (preliminar) da literatura, das respostas a alguns dos itens relacionados com o conflito trabalho-família, presentes no questionário aplicado a trabalhadores da CEMG ( $n=405$ ) e das análises efetuadas para resposta aos objetivos 9, 10 e 12, considerou-se pertinente a realização de uma revisão sistemática da literatura (RSL), de acordo com os critérios PRISMA (Moher et al.), no sentido de se ter um panorama da evidência nesta área crucial, com vista à elaboração futura de recomendações e implementação de medidas de melhoria desta conciliação entre o trabalho e a família.

O fluxograma da Figura 16 descreve as etapas definidas para a RSL, executada até à etapa 3 (seleção de artigos).



**Figura 16.** Fases do processo de revisão sistemática de literatura

1. Delimitação da área de investigação para a RSL

Foi realizada uma pesquisa preliminar sobre conflito trabalho-família com base em conceitos e indicadores mais abordados na literatura, com o objetivo de mapear as áreas mais investigadas e com mais estudos publicados, delimitando assim a formulação da pergunta de investigação para a RSL e a definição de critérios de elegibilidade.

Na pesquisa preliminar foram usadas duas categorias de palavras-chave. O número de entradas obtidas para cada conjunto de palavras-chave é apresentado na tabela 3. Os resultados foram então discutidos pelos elementos da equipa de investigação.

Tabela 3. Número de artigos publicados a partir de 2005 por palavra-chave em inglês (na pubmed)

KEY-WORDS			Articles in English without filter by year of publication
			PUBMED
Job insecurity	Work-family conflict		10
Job insecurity	Work-family conflict	Mental health	2
Job insecurity	Work-family conflict	Presenteeism	0
Work overload	Work-family conflict		17
Work overload	Work-family conflict	Mental health	2
Work overload	Work-family conflict	Presenteeism	0
Control	Work-family conflict		62
Control	Work-family conflict	Mental health	13
Control	Work-family conflict	Presenteeism	2
Work relationships	Work-family conflict		83
Work relationships	Work-family conflict	Mental health	9
Work relationships	Work-family conflict	Presenteeism	2
Resources and communication	Work-family conflict		2
Resources and communication	Work-family conflict	Presenteeism	0
Cross-sectional studies	Work-family interface		2
Cross-sectional studies	Work-family conflict		59
Cross-sectional studies	Work-family balance		16
Work-family interface	Psychological well-being		23
Work-family interface	Mental health		6
Work-family conflict	Psychological well-being		156
Work-family conflict	Mental health		64
Work-family balance	Psychological well-being		29
Work-family balance	Mental health		12
Work-family interface	Work demands		16
Work-family conflict	Work demands		77
Work-family balance	Work demands		23
Work-family interface	Health behaviours		7
Work-family conflict	Health behaviours		39
Work-family balance	Health behaviours		14
Work-family conflict	Psychological well-being	Health behaviours	14
Work-family conflict	Stress	Health behaviours	13

## 2. Definição da questão de investigação

Com base na quantificação inicial de termos de pesquisa relacionados com a área em estudo, foi definida a seguinte pergunta de investigação:

- *(Predictors such as) work overload/work demands, control and work relationships, mediated by work-family conflict, have an impact on mental health/ psychological wellbeing and health behaviors (healthy and unhealthy behaviors)?*

## 3. Processo de pesquisa (Definição de critérios de elegibilidade/ inclusão)

Relação entre os termos constituintes da questão de investigação

Tendo em conta a questão de investigação definida, foram consideradas as seguintes relações entre as palavras-chave identificadas para a revisão da literatura (Figura 17).



**Figura 17.** Relação entre palavras-chave identificadas na literatura

Após a identificação da relação entre os termos de pesquisa acima apresentados e discussão entre os membros da equipa de investigação multidisciplinar (Psiquiatria,

Psicologia e Sociologia), foram definidas, numa fase inicial, as seguintes palavras-chave para integrar a RSL:

- (“Cross-sectional studies”) AND (“work-family conflict”)
- (“Job insecurity”) AND (“work-family conflict”)
- (“Control”) AND (“work-family conflict”)
- (“Work-family conflict”) AND “Psychological wellbeing”)
- (“Work-family conflict”) AND “Mental health”)
- (“Work-family conflict”) AND (“Health behaviours”)

Posteriormente foram adicionados os seguintes termos:

- (“Work-family conflict”) AND (“Work demands”)
- (“Asset”) AND (“Mental health”)
- (“Asset”) AND (“Work relationships”)
- (“Work-family conflict”) AND (“Stress”) AND (“Mental health”) AND (“Psychological wellbeing”)

A tabela 4 descreve o número de artigos por combinação de palavras-chave (PubMed), em Inglês desde 1 de janeiro de 2005.

**Tabela 4.** Número de artigos por combinação de palavras-chave (pubmed), em inglês desde 1 de janeiro de 2005

KEY-WORDS				Articles in English
				PUBMED
Cross-sectional studies	Work-family conflict			59
Job insecurity	Work-family conflict			10
Control	Work-family conflict			62
Work-family conflict	Psychological wellbeing			156
Work-family conflict	Mental health			64
Work-family conflict	Health behaviours			39
Work-family conflict	Work demands			77
Asset	Mental health			102
Asset	Work relationships			23
Work-family conflict	<i>Stress</i>	Mental health	Psychological wellbeing	24

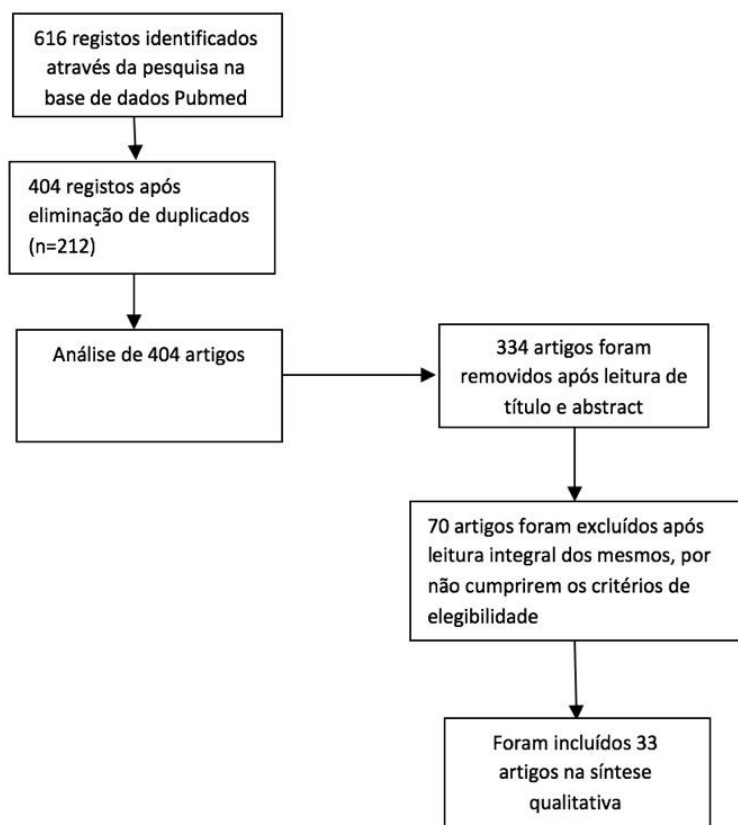
A pesquisa foi iniciada em julho de 2016 e restringiu-se à base de dados PubMed, face aos objetivos exploratórios que se pretendiam cumprir numa primeira fase, no sentido de também serem otimizados recursos temporais. Para além disso, a pesquisa apenas incluiu estudos publicados nos últimos 10 anos.

A pesquisa dos artigos foi realizada com base nos seguintes critérios de elegibilidade/inclusão: (i) artigos em inglês, (ii) estudos transversais, (iii) artigos com dados empíricos (não inclusão de artigos/documentos apenas conceituais), (iv) estudos de base comunitária.

#### 4. Extração e análise dos dados

Na Figura 18 é possível consultar todo o processo inicial da extração dos artigos, considerando a inserção dos termos de pesquisa identificados anteriormente, até a seleção final dos 33 artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade e que, por isso, foram analisados de forma aprofundada.





**Figura 18.** Esquema de seleção dos artigos para a RSL

Os dados dos 33 artigos foram inseridos e analisados numa tabela padrão que inclui as seguintes informações: (a) Título do artigo, (b) nome dos autores, (c) identificação da revista, (c) ano de publicação, (d) desenho do estudo (p. ex. transversal); (e) tipo de artigo (p. ex. empírico, revisão sistemática); (f) procedimento de amostragem e características da amostra (p. ex. características da amostra, local de recolha dos dados, tamanho da amostra); (g) Métodos utilizados no desenho do estudo e na análise dos dados; (h) instrumentos/ escalas para avaliar indicadores de saúde, bem-estar psicológico, saúde mental, conflito-trabalho-família e outros; (i) data da recolha de dados; (j) principais resultados e conclusões.

#### 4.8.4.1 Artigo em elaboração para ser submetido para publicação

Apresentam-se algumas conclusões preliminares desta RSL, sendo que se está a elaborar um artigo para ser submetido para publicação.

### Efeito de *spillover*

O efeito de *spillover* (efeito de repercussão) é usado no âmbito do equilíbrio trabalho-família, no sentido em que pode haver transporte de emoções, atitudes, competências e comportamentos do nível profissional para a esfera familiar e vice-versa (de forma positiva ou negativa). O impacto de *stressores* é similar em homens e mulheres, mas a prevalência da extensão do número total de horas de trabalho e do *spillover* negativo trabalho-família é mais comum nas mulheres empregadas, num estudo na Finlândia. Estas diferenças referem-se à exposição a sobrecarga dupla, *spillover* negativo trabalho-família e taxa de absentismo. Não se encontraram diferenças na saúde autoreportada nem nas associações entre sobrecarga dupla (trabalho pago e trabalho doméstico), no *spillover* negativo e na saúde em geral. As medidas organizacionais, sociais e jurídicas, no sentido de facilitar a combinação de trabalho pago e trabalho doméstico, poderão ser benéficas para as mulheres.

### Má saúde (*ill-health*)

As condições no trabalho e o conflito trabalho-família revelaram uma forte associação com queixas relativas ao sono, no setor público na Finlândia. As queixas relativas ao sono estão ligadas à má saúde (*ill-health*), pelo que se deve ter em atenção a modificação dos riscos psicossociais no ambiente de trabalho e no conflito trabalho-família. As condições laborais adversas podem ser prejudiciais para a saúde e aumentar o risco de doenças crónicas ligadas a maus hábitos de sono. Estas queixas são mais prevalentes entre os empregados de meia-idade e devem ser tidas em linha de conta nos programas de promoção da saúde e da saúde ocupacional. Em estudos sobre o modelo de exigência-controlo, as variáveis preditoras têm efeitos a curto prazo em alguns dos *outcomes* (i.e., exaustão, *engagement*, satisfação no trabalho, e saúde mental). Seria importante investigar se as exigências específicas no emprego e os recursos têm um efeito a longo-prazo nestas e noutras variáveis e em termos de reciprocidade (influência entre as diferentes variáveis).

### Grupos vulneráveis e intervenções

Mães solteiras foram identificadas como um dos grupos mais vulneráveis no sul da Europa, comparativamente com mães solteiras na Escandinávia. Estas diferenças regionais sugerem que ser mãe solteira *per se* não é determinante de *outcomes* pobres, e que as políticas de *welfare* e os apoios financeiros (tais como, benefícios fiscais) têm um efeito protetor para a saúde mental desta população. Também empregos mais flexíveis para mães solteiras podem levar a um melhor funcionamento na comunidade, no trabalho e em casa.

O conflito trabalho-família é apenas uma parte de múltiplos desafios que pais empregados experienciam face às exigências do trabalho e da família. Políticas usadas pelos empregadores: licenças de maternidade e paternidade; horários alternativos de trabalho; programas de assistência e de realocação, para lidar com as exigências da família; tomar mais atenção a práticas *family-friendly*, para gestores e supervisores.

Há fatores preditores (psicossociais e organizacionais) na interferência do trabalho na família em médicos hospitalares Alemães. Um dos fatores com mais peso é a sobrecarga (quantidade) do trabalho. É importante uma melhor distribuição e diferenciação das tarefas (quanto ao tempo despendido e organização dos recursos humanos). São importantes: *team-building* entre os profissionais; dispositivos eletrónicos para apoio em trabalho mais administrativo; melhor gestão de agendamentos no internamento e nas consultas; melhor colaboração entre profissionais.

*Staff* e liderança adequadas são cruciais entre o pessoal de saúde, nomeadamente em enfermagem, assim como o apoio a enfermeiros em situação de *stress* laboral. A criação de estratégias, para minimizar o impacte do trabalho de enfermagem nas suas vidas familiares, pode melhorar a satisfação no trabalho e reduzir a excessiva rotação de pessoal de enfermagem nos serviços e o absentismo. Possíveis estratégias incluem programas de gestão de *stress*, ajustes aos padrões de turnos e de horários, para que o pessoal de enfermagem possa ter um maior equilíbrio trabalho-família.

### Outras intervenções

Há uma relação entre uma má saúde mental dos trabalhadores e o absentismo. Intervenções para reduzir absentismo deverão focar-se não apenas na redução das exigências laborais e no conflito trabalho-família, mas também na relação entre este e a exaustão emocional. Há um efeito de mediação da exaustão emocional para o absentismo,

pelo que quando não é possível alterar as exigências laborais e o conflito trabalho-família, devem ser implementadas intervenções diretas para reduzir a exaustão emocional. Uma meta-análise demonstrou que o conflito trabalho-família, afeta o bem-estar e o comportamento em geral do trabalhador e, também, relativamente ao trabalho e à família. Assim, combinar estes dois domínios de vida pode ter um impacto mais positivo. Há estudos que demonstram o efeito positivo de reciprocidade entre trabalho e família, pelo que é importante um melhor conhecimento da dinâmica deste processo, quer nos impactos positivos quer nos negativos, para que se possam implementar medidas de prevenção. É relevante criar programas de promoção da satisfação no trabalho para redução de absentismo e rotação dos profissionais (*turnover*), com monitorização do conflito trabalho-família. Um estudo investigou estratégias de recuperação na interface trabalho-família. Para lá de medidas cognitivas e comportamentais, incluíram expressão verbal emocional como uma experiência de recuperação emocional. Iniciativas, incluem um programa compreensivo de gestão de *stress* e estratégias de *coping*, havendo necessidade de mais investigação na especificidade das relações entre *stressor* e *outcome*.

São necessárias abordagens interculturais para se perceber se diferentes políticas explicam variabilidade nos *outcomes*. Há áreas particularmente importantes, tais como: tempo de qualidade com a família e amigos, diferenças no lazer, estilos de *coping* e personalidade; idade de aposentação; picos e sucesso na carreira; necessidades de formação. Satisfação com o horário e controlo sobre as tarefas, estão associadas com baixo conflito trabalho-família. Abordagens quantitativas podem ser usadas para efetuar um *benchmarking* de bem-estar em farmácias comunitárias. Um estudo detetou uma associação entre erros reportados na dispensa de medicamentos e sobrecarga laboral.

Ambos, o conteúdo do emprego e os fatores psicossociais contextuais do ambiente de trabalho, estão relacionados com presentismo. Fatores individuais de personalidade, colocação de prioridades e dar a possibilidade ao trabalhador de ter controlo sobre o seu tempo pode promover a saúde mental. Há componentes adicionais ao ambiente psicossocial, tais como o nível laboral organizacional e normas sociais e comportamentais. As relações internas sociais na organização e as relações sociais externas (na família) devem ser objeto de estudo.

A gestão e administração hospitalar deveria providenciar mais recursos para permitir aos profissionais equilibrar as exigências do trabalho e da família, disponibilizando apoio, influência no trabalho e oportunidades para o desenvolvimento pessoal.

### *Workaholismo*

Os modelos de conflito trabalho-família representam uma extensão do modelo de exigência laboral – recompensa, sendo importante conhecer bem as exigências e os recursos. Os resultados de um estudo sobre *workaholismo* apontam para este conceito não como um traço individual estável, mas sim como uma adição que pode ser, como qualquer outra adição, influenciada e reforçada pelo contexto. Assim, este fenómeno, frequentemente subestimado, deve ser abordado a nível pessoal e a nível organizacional.

### Depressão

Há evidência em estudos observacionais de um efeito de mediação do conflito trabalho-família na associação entre o *stress* relacionado com o trabalho e sintomas depressivos em homens e mulheres de meia-idade. Deve ser dada mais atenção à capacidade de empregados mais jovens gerirem problemas relacionados com o equilíbrio trabalho-família e com a sobrecarga laboral, e em relação aos empregados mais velhos terem mais capacidade de gerir a insegurança laboral. As recomendações vão para intervenções de gestão de *stress* em ambos os empregados.

### Perturbações músculo-esqueléticas

O conflito trabalho-família tem sido demonstrado como um fator de risco major, embora desconhecido, para as perturbações músculo-esqueléticas. É necessária mais investigação nesta área e intervenções que ajudem a evitar ou minimizar conflitos entre o trabalho e a família que resultam em *stress* psicológico que por sua vez tem impacte na saúde ao nível das perturbações músculo-esqueléticas.

O desenvolvimento de uma cultura preventiva no trabalho por turnos, irregular e com turnos noturnos, pode reduzir o conflito trabalho-família, e melhorar o bem-estar e o desempenho laboral.

### *Burnout*

O conflito trabalho-família, como um *stressor*, pode funcionar como uma condição predisponente para o desenvolvimento de *burnout* nos médicos do sexo masculino ou feminino. Adicionalmente, é urgente a introdução de medidas no local de trabalho para permitir que os médicos consigam gerir de forma mais eficiente este equilíbrio trabalho-família, o que pode reduzir o nível de *burnout* e levar a um maior bem-estar. São importantes as relações interpessoais e a organização do trabalho.

### Estilos de vida

Conflitos entre trabalho pago e vida familiar podem ser barreiras para um estilo de vida ativo e para uma alimentação saudável. A melhoria do equilíbrio trabalho-família pode favorecer a promoção de comportamentos relacionados com a saúde.

### Consumo de álcool

Conflitos entre trabalho e família são fatores significativos com repercussões em problemas de consumo excessivo de álcool em mulheres e homens. São necessários mais estudos com recurso a dados longitudinais para que possam ser determinadas associações causais. De qualquer forma, um melhor equilíbrio trabalho-família pode promover comportamentos mais saudáveis, nomeadamente no que diz respeito a consumo de álcool.

4.8.5 Estudo 5: Estudo do papel mediador da saúde mental na relação entre as dimensões da escala ‘perceções sobre o trabalho’ e o presentismo absoluto

*Objetivo 12:* Analisar o papel mediador da saúde mental na relação entre as dimensões ‘perceções sobre o trabalho’ e o presentismo absoluto.

### Introdução

O objetivo do presente estudo foi averiguar se o efeito das dimensões ‘perceções sobre o trabalho’ no presentismo absoluto é mediado pela saúde mental (avaliada pelo ASSET). No modelo, as sete dimensões que compõem a escala ‘perceções sobre o trabalho’

foram consideradas como as variáveis exógenas independentes, a saúde mental (ASSET-MH) como variável endógena mediadora, e o presentismo absoluto como variável endógena dependente.

### Métodos

O desenho do estudo global, população, amostra e recrutamento dos participantes, assim como os aspetos éticos, estão referidos no capítulo 3 (Materiais e Métodos) da tese.

No sentido de explorar as associações entre as diferentes dimensões que compõem a escala 'Perceções sobre o trabalho', a saúde mental e o presentismo absoluto procedeu-se ao cálculo das correlações produto-momento de Pearson. Análises preliminares foram conduzidas para assegurar a não violação dos pressupostos de normalidade, linearidade e de homocedasticidade.

Tal como esperado, foram encontradas associações positivas (na sua quase totalidade de magnitude moderada a alta) e significativas entre as diferentes dimensões das perceções sobre o trabalho, a variar entre  $r = .24$  ( $p < .01$ ; correspondente à associação entre a dimensão equilíbrio trabalho-família e aspetos no trabalho) e  $r = .65$  ( $p < .01$ ; correspondente à associação entre a relações no trabalho e recursos e comunicação). Foi igualmente encontrada uma associação positiva e de moderada magnitude entre as diferentes dimensões das perceções sobre o trabalho com a saúde mental (quando avaliada pela subescala 'saúde mental' do ASSET) e no sentido negativo, e de semelhante magnitude, quando a saúde mental é avaliada através do MHI5. Todas as dimensões das perceções sobre o trabalho (à exceção da dimensão equilíbrio trabalho-família) apresentam uma associação negativa (de baixa magnitude) com o presentismo absoluto. Por último, o presentismo absoluto apresenta uma associação negativa e significativa com a saúde mental quando avaliada pelo ASSET e de igual magnitude mas negativa quando avaliada pelo MHI5.

Em seguida, foram testados os dois modelos hipotéticos mediacionais através da Análise de Trajetórias (*Path Analysis*), disponível no *software* AMOS (v.22, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008).

Através do Método da Máxima Verosimilhança foram estimadas as significâncias das trajetórias (dos coeficientes de regressão) e dos índices de ajustamento dos modelos testados. Pelo facto do modelo inicial testado incluir todas as trajetórias diretas e indiretas (é modelo sobreidentificado/ saturado (i.e., com zero graus de liberdade) e como tal, revelar um ajustamento perfeito, os índices de ajustamento global do modelo não foram analisados nem reportados. Cada um dos modelos finais foi analisado de acordo com os seguintes índices de ajustamento: Chi-square ( $\chi^2$ ), Normed Chi-Square [ $\chi^2/ df$ , (473)], Tucker Lewis Index [TLI, (474)], Comparative Fit Index [CFI, (475)] e o Root-Mean Square Error of Approximation (RMSEA, (476) Steiger, 1990) com um intervalo de confiança de 90%.

De ressaltar ainda que se optou pela não remoção de alguns *outliers* multivariados (detetados na análise à distância quadrada de Mahalanobis  $_ p1; p2 < .05$  como indicativo da existência de um *outlier*) por se considerar que os mesmos se constituem como fontes de variabilidade da amostra de possível interesse para a análise do fenómeno em estudo. Refere-se ainda que, para cada um dos modelos testados, se verificou que nenhuma das variáveis apresentou desvios significativos à distribuição normal (assimetria  $< |3|$  e curtose  $< |10|$ ) (Kline, 1998). Recorreu-se ao SPSS Statistics (v.22, IBM SPSS, Inc) para se verificar a inexistência de problemas de multicolinearidade dado que o AMOS não tem nenhum teste formal de análise à multicolinearidade. Neste âmbito, verificou-se através do cálculo do VIF (Factor de Inflexão da Variância) que nenhuma das variáveis em estudo apresentava valores de VIF ( $> 5$ ) sugestivos de possíveis problemas de multicolinearidade em cada um dos modelos testados.

A significância dos efeitos diretos, indiretos e totais de cada um dos modelos foi testada através do *bootstrap* paramétrico disponível no AMOS que permitiu gerar para cada modelo testado 2000 amostras *bootstrap* (cada uma com  $n$  do modelo em estudo) tendo estas sido posteriormente utilizadas para calcular os intervalos de confiança (IC) associados a cada um dos efeitos estimados (Schumacker & Lomax, 2004). De facto, o método *bootstrap* permite não só gerar uma estimativa do(s) efeito(s) indireto(s), direto(s) e total(is) como, para cada efeito estimado, calcular um intervalo de confiança acelerado corrigido de 95% (sendo que se optou por este tipo de IC, dado que é o recomendado para estudos de mediação; MacKinnon, 2008; Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006). Se



o zero não estiver contido no IC estimado pode concluir-se que o efeito em estudo é significativamente diferente de zero para um  $p < .05$  (bi-caudal).

O diagrama de trajetórias proposto inicialmente é sobressaturado (todas os efeitos diretos e indiretos estão incluídos no modelo) e, como tal, apresenta um ajustamento perfeito, motivo pelo qual os índices de ajustamento não foram analisados nem reportados.

As sete dimensões que compõem a escala 'perceções sobre o trabalho' explicam 24% da variância da saúde mental (avaliada pelo ASSET) e 11% da variabilidade do presentismo absoluto.

A análise dos coeficientes de trajetórias e da sua respetiva significância revelou que as trajetórias sobrecarga laboral → presentismo absoluto ( $b=-0.260$ ;  $EP=0.775$ ;  $p=.738$ ;  $\beta=-0.020$ ), controlo → presentismo absoluto ( $b=-0.378$ ;  $EP=0.759$ ;  $p=.618$ ;  $\beta=-0.032$ ), controlo → saúde mental ( $b=-0.021$ ;  $EP=0.033$ ;  $p=.513$ ;  $\beta=-0.040$ ), relações no trabalho → presentismo absoluto ( $b=0.816$ ;  $EP=1.119$ ;  $p=.466$ ;  $\beta=0.048$ ), relações no trabalho → saúde mental ( $b=0.045$ ;  $EP=0.049$ ;  $p=.357$ ;  $\beta=0.058$ ), sobrecarga laboral → saúde mental ( $b=0.039$ ;  $EP=0.032$ ;  $p=.218$ ;  $\beta=0.066$ ), recursos e comunicação → presentismo absoluto ( $b=-1.100$ ;  $EP=0.815$ ;  $p=.177$ ;  $\beta=0.079$ ) e, por último, segurança face ao trabalho → saúde mental ( $b=0.072$ ;  $EP=0.040$ ;  $p=.069$ ;  $\beta=0.091$ ) não se revelam significativas ( $p > .05$ ), pelo que foram progressivamente removidas do modelo.

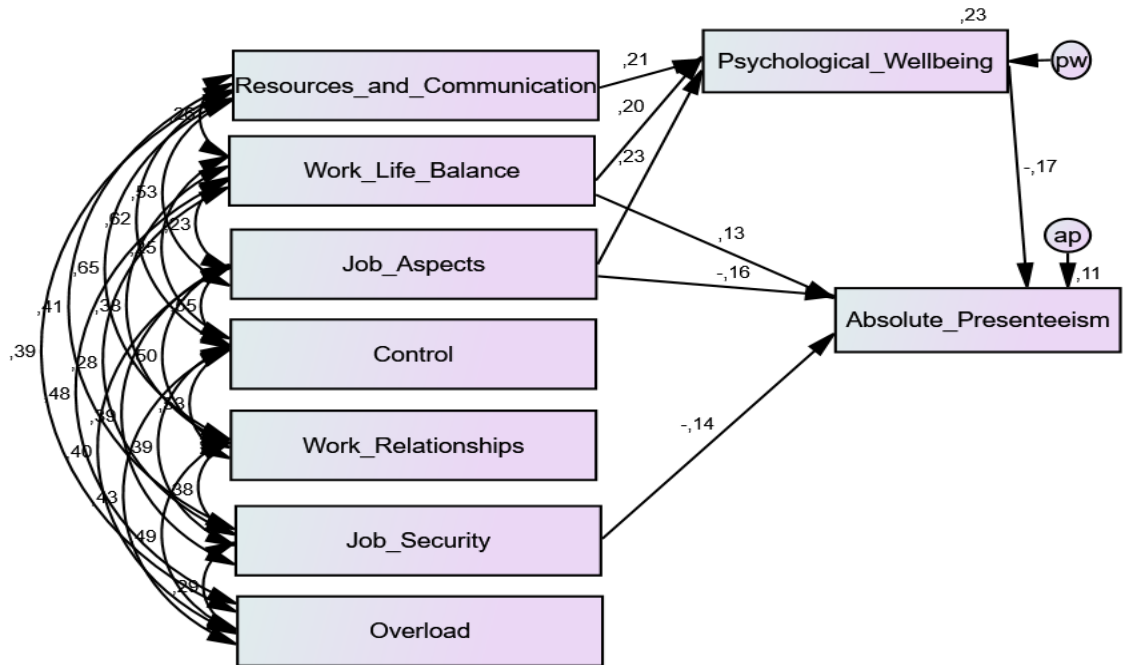
Após a eliminação das trajetórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados  $\chi^2 (8, N=405) = 8.786$ ,  $p=.361$ , *Normed Chi-Square* ( $\chi^2/g.l.$ ) = 1.098, *Comparative Fix Index* (CFI) = 0.999, *Tucker Lewis Index* (TLI) = 0.997, *Root-mean-square error of approximation* (RMSEA) = .016 (IC = .000; .062).

Os resultados às análises de mediação sugerem que o equilíbrio trabalho-família tem um efeito total não significativo de  $\beta = .100$  (IC95%: -.005; .189,  $p=.063$ ) no presentismo absoluto, sendo contudo tanto o efeito direto de  $\beta = .131$  (IC95%: .025; .220,  $p=.018$ ) como o efeito indireto, que ocorre através da saúde mental de  $\beta = -.031$  (IC95%: -.064; -.010,  $p=.003$ ), estatisticamente significativos. O efeito indireto, que ocorre através da saúde mental explica 31% ( $.031/.131=.031$ ) do efeito total. Adicionalmente, os aspetos sobre o trabalho têm um efeito total significativo de  $\beta = -.184$  (IC95%: -.310; -.065,  $p=.006$ )

no presentismo absoluto, sendo o efeito direto de  $\beta = -.147$  (IC95%:  $-.278; -.024$ ,  $p=.022$ ) como o efeito indireto, que ocorre através da saúde mental de  $\beta = -.037$  (IC95%:  $-.079; -.012$ ,  $p=.002$ ), estatisticamente significativos. O efeito indireto, que ocorre através da saúde mental explica 20% ( $.037/.184=.201$ ) do efeito total. Adicionalmente verificou-se que o efeito da variável recursos e comunicação no presentismo absoluto ocorre indiretamente através do seu impacto na saúde mental ( $\beta = -.036$ , IC95%:  $-.074; -.010$ ,  $p=.003$ ). Por último, verificou-se que a segurança face ao trabalho tem um efeito direto no presentismo absoluto, sendo que este efeito não parece ocorrer indiretamente através da saúde mental ( $\beta = -.145$ , IC95%:  $-.259; -.031$ ,  $p=.008$ ).

## Resultados

A representação gráfica do modelo causal testado encontra-se na figura 19.



**Figura 19.** Modelo de mediação. O efeito mediador do bem-estar psicológico na relação entre os stressores do trabalho e o presentismo absoluto (estudo 5)

#### 4.8.5.1 Artigo em processo de submissão para publicação

**Heitor dos Santos MJ**, Dinis A, Sousa L, Moreira S, Carreiras J, Ambrósio S, Vicente A, Cooper C, Pereira Miguel J. Psychosocial determinants of presenteeism at the workplace in a Southern European country - The mediating role of mental health and wellbeing.

##### Discussão e Conclusões

O impacto de *stressores* organizacionais no presentismo absoluto, mediado pelo efeito do bem-estar nos trabalhadores é reportado. Os dados correspondem a uma amostra não aleatorizada de 405 participantes numa instituição bancária mutualista. A versão Portuguesa do ASSET (*A Shortened Stress Evaluation Tool*), instrumento traduzido e validado para a população Portuguesa também no âmbito desta tese, foi utilizado neste estudo. Esta escala mede as perceções individuais relativas ao *stress*, bem-estar e *engagement* no trabalho. As medidas obtidas foram as Relações no Trabalho, Aspectos do Emprego, Sobrecarga laboral, Controlo, Segurança no Trabalho, Recursos e Comunicação, e Equilíbrio Trabalho-Família. Foi utilizada a dimensão de bem-estar psicológico da escala de saúde do ASSET. O presentismo absoluto é uma única medida. Foi realizada uma análise de mediação com um modelo de equações estruturais com recurso ao *software* AMOS.

Os resultados sugerem que Recursos e Comunicação, como *stressor* organizacional, tem um impacto positivo no presentismo absoluto, efeito este mediado pelo bem-estar psicológico.

O efeito do Equilíbrio Trabalho-Família e dos Aspectos do Emprego, respetivamente um efeito positivo e negativo, no presentismo absoluto, ocorre parcialmente através do bem-estar psicológico.

A Segurança no Trabalho tem um efeito negativo significativo no presentismo absoluto que não é mediado pelo bem-estar psicológico. Outras dimensões tais como controlo, relações no trabalho e sobrecarga laboral não se revelaram como preditores significativos.

É importante discutir as implicações da relevância da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental no local de trabalho, assim como o papel da saúde mental e do bem-estar sobre o presentismo.

4.8.6 Estudo 6: Estudo de determinantes biológicos e psicossociais no local de trabalho, resiliência, genética, risco cardiovascular, *white collars* e *blue collars*, saúde mental e bem-estar

*Objetivo 8:* Avaliar e quantificar o impacto de variáveis externas - sociodemográficas, estilo de vida, clínicas, genéticas e os resultados obtidos para escalas psicométricas selecionadas - sobre a resiliência.

*Objetivo 9:* Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência.

*Objetivo 10:* Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência.

*Objetivo 11:* Determinar os parâmetros antropométricos, de pressão arterial, bioquímicos e genéticos na amostra de trabalhadores do estudo.

### Introdução

O objetivo geral deste estudo é identificar quais os fatores sociodemográficos, psicológicos, sociais, clínicos e biológicos com impacto na saúde dos trabalhadores de uma subamostra do estudo.

### Métodos

O desenho do estudo global, população, amostra e recrutamento dos participantes, assim como os aspetos éticos, estão referidos no capítulo 3 (Materiais e Métodos) da tese.

Toda a análise estatística foi realizada utilizando o *software* IBM SPSS Statistics 25 e R. Primeiro, para obter uma perspetiva inicial dos dados recolhidos, foi realizada uma

análise exploratória, na qual todas as variáveis, tanto categóricas como quantitativas, foram interpretadas individualmente.

Em segundo lugar, como havia duas versões da escala CD-RISC, a versão de 25 itens e a versão de 10 itens, era necessário decidir qual delas deveria ser usada como medida de resiliência. Portanto, calculou-se a correlação entre as duas variantes da escala, aplicando o coeficiente de correlação de Pearson, considerando um coeficiente superior a 0,8 indicativo de uma forte associação linear.

Finalmente, o objetivo foi avaliar e quantificar a influência exercida sobre a resiliência por variáveis externas - parâmetros sociodemográficos, de estilo de vida e clínicos e os resultados obtidos para escalas psicométricas selecionadas - e variáveis genéticas - neste caso, os marcadores moleculares dos genes escolhidos. Para este propósito, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla. A resiliência foi considerada a variável resposta (dependente), enquanto os demais parâmetros foram considerados as variáveis explicativas (independentes). O modelo final foi obtido usando o método de seleção *backward stepwise*. Além disso, foi utilizada uma ANOVA com dois fatores, a fim de compreender mais especificamente a interação entre o equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho ou o sexo, em relação à resiliência.

## Resultados

### Análise Descritiva

#### Características do trabalhador

A amostra é composta por 260 indivíduos, dos quais 2 foram excluídos por não preencherem o questionário e 3 por inconsistências relacionadas aos marcadores genéticos. Quanto aos demais 255 indivíduos, 53,1% são mulheres e 46,9% são homens, com média global de 42,31 anos (s.d. 8,453), onde o mínimo e o máximo observados são 22 e 64 anos, respetivamente.

A maioria dos sujeitos é casada ou vive em parceria não conjugal (66%), 15,2% são solteiros, 5,5% vivem em relação conjugal com alguém, 11,7% são divorciados ou separados e 1,6% são viúvos.

Quanto às habilitações literárias, 50,8% possuem o ensino superior, 26,6% são pós-graduados, 19,9% possuem o ensino médio e 1,2% têm o ensino primário, enquanto o restante possui outro tipo de qualificação não representado no questionário.

### Casa

A maioria dos trabalhadores vive acompanhada (86,7%), enquanto a restante mora sozinha. Em termos familiares, 35,9% dos trabalhadores não têm filhos, 26,2% têm 1 filho, 29,7% têm dois filhos e 8,2% têm 3 ou mais filhos. Em relação ao planeamento familiar, 50,4% definitivamente não planeia ter filhos nos próximos 3 anos.

### Características do trabalho

A maioria dos entrevistados trabalha na área Técnica (47,3%), seguida pela Gerência Intermédia (15,6%), Comercial (13,3%), Administrativa (12,9%), Coordenação Comercial (5,9%), Alta Administração (3,9%) e outros (1,2%). Empregos a tempo inteiro são os mais comuns (98,8%).

Numa semana normal de trabalho, 81,6% dos trabalhadores afirmam trabalhar mais horas do que o valor programado.

Dentro de 1 a 5 anos, 36,3% dos trabalhadores esperam ser promovidos, enquanto 20,7% consideram que isso aconteça dentro de 1 ano. Dos restantes, 31,3% não sabem quando será a sua próxima promoção, 4,7% esperam ser promovidos depois de mais de 5 anos e 7% consideram que nunca conseguirão uma promoção.

Mais de metade dos indivíduos perdeu um ou mais dias consecutivos de trabalho no último ano devido a doença, acidente de trabalho ou outros (57,4%), sendo aproximadamente 1% devido a problemas de saúde mental.

Nos últimos 3 meses, 14,1% dos entrevistados sentem-se 100% produtivos, 41% sentem-se 90-99% produtivos, 29,7% colocam a sua produtividade entre 80% e 89% e 9,8% entre 70% e 79%, enquanto os restantes consideram que são menos de 70% produtivos.

### Perceção do seu trabalho

#### Relações de trabalho

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pelas relações de trabalho.

A maioria dos trabalhadores (47,3%) apresentava níveis muito baixos do *stressor*, enquanto 11,3% tinham níveis baixos do *stressor*, 23% tinham níveis médios do *stressor*, 7% tinham níveis elevados do *stressor* e 11,3% tinham níveis muito altos de *stress*.

#### Equilíbrio trabalho-família

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pelo equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal.

Enquanto 48% dos trabalhadores apresentavam níveis muito baixos do *stressor*, 11,3% tinham níveis baixos do *stressor*, 15,2% tinham níveis médios do *stressor*, 7,4% tinham níveis elevados do *stressor* e 18% tinham níveis muito altos do *stressor*.

#### Sobrecarga

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pela sobrecarga.

Nesse caso, 40,6% dos trabalhadores apresentavam níveis muito baixos do *stressor*, 13,3% tinham níveis baixos do *stressor*, 15,6% tinham níveis médios do *stressor*, 5,1% tinham níveis elevados do *stressor* e 25,4% tinham níveis muito altos do *stressor*.

#### Segurança no emprego

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado pela segurança no trabalho.

Enquanto 40,6% tinham níveis muito baixos do *stressor*, 26,6% tinham níveis médios do *stressor* e 32,8% tinham níveis muito altos do *stressor*.

#### Controlo

A subescala desta ASSET mediu o nível de *stress* originado pelo controlo.

Mais da metade dos trabalhadores apresentava níveis muito baixos do *stressor* (52%), enquanto 10,9% tinham níveis baixos do *stressor*, 13,3% tinham níveis médios do *stressor* e 23,8% tinham níveis muito altos do *stressor*.



### Recursos e comunicação

A subescala da ASSET mediu o nível de *stress* originado pelos recursos e comunicação.

A maioria dos trabalhadores apresentava níveis muito baixos do *stressor* (60,9%), enquanto 17,6% tinham níveis médios do *stressor*, 6,3% tinham níveis elevados do *stressor* e 15,2% tinham níveis muito elevados do *stressor*.

### Aspetos do trabalho

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado por aspetos do trabalho.

Enquanto 36,7% dos trabalhadores apresentavam níveis muito baixos do *stressor*, 12,5% tinham níveis baixos do *stressor*, 38,7% tinham níveis médios do *stressor*, 3,9% tinham níveis elevados do *stressor* e 8,2% tinham níveis muito elevados do *stressor*.

### Salário e benefícios

A subescala do ASSET mediu o nível de *stress* originado por salários e benefícios.

Nesse caso, 22,3% dos trabalhadores apresentavam níveis muito baixos do *stressor*, 14,8% tinham níveis baixos do *stressor* e a maioria apresentava níveis muito elevados do *stressor* (62,9%).

### Atitudes em relação à sua organização

#### Compromisso da organização face ao trabalhador

A subescala do ASSET mediu o nível de compromisso da organização para com o trabalhador, percecionado por este.

Nesta amostra, 7% dos trabalhadores percecionam níveis muito baixos de compromisso, 15,6% percecionam níveis médios de compromisso e 77,3% percecionam altos níveis de compromisso.

#### Compromisso do trabalhador face à organização

A subescala do ASSET mediu o nível de compromisso do trabalhador para com a organização, percecionado pelo trabalhador.

Nesta amostra, 1,2% dos trabalhadores percecionam níveis muito baixos de compromisso, 1,6% percecionam baixos níveis de compromisso, 18,4% percecionam níveis médios de compromisso, 16,8% percecionam altos níveis de compromisso e 62,1% percecionam níveis muito elevados de compromisso.

#### Escala de Satisfação no Trabalho

Nesta amostra, a Escala de Satisfação no Trabalho tem um valor mínimo de 1 e máximo de 7, enquanto a média é de 4,42 e o desvio padrão é de 1,02.

#### Escala de Presentismo

A medida do Presentismo Absoluto, computada a partir da Escala de Presentismo, tem um valor mínimo de 20% e máximo de 100%, enquanto a média é de 76,6% e o desvio padrão é de 13,33%.

#### Escala de Resiliência

Nesta amostra, a versão de 10 itens da Escala de Resiliência Connor-Davidson tem um valor médio de 30,7 e desvio padrão de 4,1, enquanto o mínimo e máximo são 14 e 40, respetivamente.

Nesta amostra, a versão de 25 itens da Escala de Resiliência Connor-Davidson tem um valor médio de 75,9 e desvio padrão de 8,8, enquanto o mínimo e o máximo são 39 e 100, respetivamente.

#### Estilo de vida

##### Exercício físico

A prática de um programa de exercícios ideal (15 a 30 minutos de exercício físico, 3 vezes por semana) é sempre realizada por 10,2% dos participantes, frequentemente por

7,8%, quando possível por 22,7%, pontualmente por 7,4%, raramente por 29,7% e nunca 22,3%.

Recodificando esta variável, 18% da amostra é não sedentária (participantes que responderam "Sempre" e "Frequentemente") e 82% são sedentários (participantes que responderam "Quando possível", "Pontualmente", "Raramente" e "Nunca").

#### Consumo de tabaco

Dos entrevistados, 22,7% fumam cigarros. Dentro deste grupo, 25,9% fumam de 1 a 5 cigarros por dia, 36,2% fumam 6 a 10, 34,5% fumam 11 a 20, 1,7% fumam 21 a 30 e 1,7% não sabem. Nos últimos 3 meses, 13,8% dos trabalhadores fumaram mais do que o habitual, 69% fumam o mesmo, 15,5% fumaram menos que o normal e 1,7% não sabem.

#### Consumo de álcool

Dos entrevistados, 42,6% consomem bebidas alcoólicas. Dentro deste grupo, 76,2% bebem em média 1 a 5 unidades por semana, 14,7% bebem 6 a 10, 7,3% bebem 11 a 20, 0,9% bebem 21 a 30 e 0,9% não sabem. Nos últimos 3 meses, 5,5% beberam mais do que o habitual, 73,4% bebem o mesmo, 19,3% beberam menos que o habitual e 1,8% não sabem.

#### Questionário CAGE

Aproximadamente 5,5% dos participantes são muito propensos a ter problemas de abuso de álcool, de acordo com a escala CAGE.

### Consumo de café

Dos entrevistados, 86,3% consomem café. Dentro deste grupo, 51,1% bebem 1 a 2 cafés por dia, 41,6% bebem 3 a 4, 6,4% bebem 5 a 6 e 0,9% bebem 7 a 8. Nos últimos 3 meses, 6,4% beberam mais café do que o habitual, 88,2% bebem o mesmo e 5,4% bebem menos que o habitual.

### Interesses e *hobbies*

A maioria dos participantes tem algum interesse ou *hobby* (91%).

Quanto à socialização com os colegas de trabalho, 50,4% dos participantes relacionam-se em contextos sociais com os seus colegas, 48,4% não e 1,2% não sabem.

### Saúde e bem-estar

De todos os indivíduos, 7% apresentam algum tipo de incapacidade. Dentro desse grupo, um terço diz que essa incapacidade está relacionada com a saúde mental.

Mais de metade dos trabalhadores tem tempo para relaxar e descansar quando possível (55,1%), enquanto 25,4% raramente têm tempo para essas atividades.

Dos entrevistados, 80,9% consideram que a atual crise económica está a impactar o seu bem-estar.

Nos últimos 6 meses, 7,8% dos participantes tinham doenças graves.

Nos últimos 3 meses, 63,7% dos trabalhadores avaliam o seu estado geral de saúde como bom, 34% como razoável e 2,3% como ruim.

Nos últimos 6 meses, 35,5% dos entrevistados sofreram algum evento perturbador que os afetou muito.

Dos entrevistados, 21,5% relataram que já apresentavam depressão e 19,5% já tinham tomado medicação para a doença.

Dos entrevistados, 8,2% relataram ter tido ansiedade crónica e 7,4% já tomaram medicação para a doença.

Nas últimas duas semanas, 10,5% dos trabalhadores tomaram medicamentos para a pressão arterial alta, 2,3% para outra doença cardiovascular, 12,5% para ansiedade / nervosismo, 4,3% para depressão, 12,5% para colesterol e 2% para diabetes.

Nas últimas duas semanas, 4,7% dos trabalhadores tomaram medicamentos não prescritos pelo médico para ansiedade / nervosismo e 5,9% para o sono.

#### Escala de Suporte Social

De acordo com a Escala de Suporte Social OSLO-3, 14,1% dos participantes possuem baixo suporte social, 62,5% possuem suporte social moderado e 23,4% possuem alto suporte social.

#### Escala de Felicidade Subjetiva

Nesta amostra, a Escala de Felicidade Subjetiva tem um valor mínimo de 1,5 e um máximo de 6,5, com média de 4,56 e desvio padrão de 0,78.

#### Inventário de Saúde Mental

De todos os participantes, 10,9% apresentam sofrimento psicológico, medido pelo MIH-5.

#### Saúde

##### Saúde física

Em relação à saúde física, medida pela subescala de saúde física do ASSET, 56,6% dos trabalhadores têm níveis de saúde muito bons, 5,9% têm bons níveis de saúde, 6,3% têm níveis médios de saúde e 31,3% têm níveis de saúde muito baixos.

### Bem-estar psicológico

Em relação à saúde mental, medida pela subescala de saúde psicológica da ASSET, 59% dos trabalhadores têm níveis de saúde mental muito bons, 11,7% têm níveis médios de saúde, 4,7% têm níveis de saúde insatisfatórios e 24,6% têm níveis de saúde muito baixos.

### Dados Bioquímicos

Dos entrevistados, 87,9% tinham níveis normais de proteína C reativa, 84,8% tinham níveis normais de triglicéridos e 77,3% tinham níveis normais de glicose.

Em relação ao colesterol, apenas 39,1% apresentavam níveis normais de colesterol total, e 88,7% e 34,4% apresentavam níveis normais de lipoproteínas de alta e baixa densidade, respetivamente (Apêndices G.13 a G.17, Tabelas G.13 a G.17).

A ureia (mg / dL) assume um valor mínimo de 14 e um máximo de 53, com uma média de 32,10 e um desvio padrão de 7,434.

A creatinina (mg / dL) tem um valor mínimo de 0 e um máximo de 1, com uma média de 0,76 e um desvio padrão de 0,143.

### Dados antropométricos

De todos os participantes, 44,5% têm peso normal (IMC entre 18,5-24,9kg / m<sup>2</sup>e) e 51,2% têm pressão arterial média (PAS <120 e PAD <80).

A pressão arterial média (bpm) apresenta um valor mínimo de 46 e máximo de 104, com um valor médio de 69,87 e desvio padrão de 10,544.

### Risco Cardiovascular

O índice de risco cardiovascular tem um valor mínimo de 0 e máximo de 7, com média de 3,38 e desvio padrão de 1.498. A maioria dos trabalhadores (61,7%) apresenta um risco cardiovascular entre 3 e 5.

### Seleção da variável dependente

Ao calcular o coeficiente de correlação de Pearson entre as duas versões da escala CD-RISC, o valor obtido foi de 0,873, o que indica uma alta associação linear. Tal também foi evidenciado pelo gráfico de dispersão representando CD-RISC 25 versus CD-RISC 10. Assim, a versão de 10 itens foi escolhida para representar a resiliência como a variável dependente, por ser a menos redundante.

### Modelo de Regressão Linear Múltipla

Um modelo de regressão linear múltipla foi ajustado aos dados, considerando o CD-RISC 10 como medida de resiliência e, portanto, a variável dependente, enquanto os fatores externos e genéticos foram considerados as variáveis independentes. O modelo final foi obtido pelo método de seleção *backward stepwise*. De acordo com esse modelo, os fatores mais influentes na resiliência são: absentismo, interesses ou *hobbies*, MHI-5 (subdividida em duas categorias), presentismo (medida indireta de produtividade), ter experienciado ansiedade crónica e a pontuação da subescala de sobrecarga do ASSET.

De acordo com esta análise, alguns interesses ou *hobbies*, e menor presentismo são preditores de maior resiliência. Por outro lado, estar ausente do trabalho devido a problemas psicológicos, ter níveis de saúde mental muito baixos, níveis muito altos de *stress* devido à sobrecarga de trabalho e ter experienciado ansiedade crónica parecem levar a níveis mais baixos de resiliência.

No que se refere aos aspetos genéticos, encontrou-se evidência da influência dos polimorfismos rs4680 e rs4713916 na capacidade de lidar com o *stress* de forma adaptativa e positiva, dado que se verificou que alterações genéticas nestes genes modulam

variabilidade na resiliência, possivelmente por afetarem a expressão proteica e causarem alterações nos mecanismos de resposta ao *stress*. Os resultados aqui reportados são consistentes com literatura prévia, o que reforça o papel dos genes na resiliência.

#### *Relevância do sexo versus equilíbrio trabalho-família em relação à resiliência - ANOVAs*

Embora não tenha havido uma diferença significativa entre os níveis de cada variável categórica, a interação entre eles foi considerada significativa (p-value = 0,038), o que indica que a relação entre o equilíbrio trabalho-família e a resiliência depende do sexo.

Ambos os sexos parecem ter, aproximadamente, o mesmo nível de resiliência quando o *stress* causado pelo equilíbrio entre vida profissional e pessoal é muito baixo. Quando há níveis baixos desse *stressor*, as mulheres tendem a ser mais resilientes do que os homens. No entanto, quando os níveis desse *stressor* são médios, altos ou muito altos, os homens apresentam maior resiliência.

#### *Relevância da função no trabalho versus equilíbrio trabalho-família em relação à resiliência*

Embora não tenha havido uma diferença significativa entre os níveis de cada variável categórica, a interação entre eles foi considerada significativa (p-value = 0,049), o que indica que a relação entre o equilíbrio trabalho-família e resiliência depende da função no trabalho.

Os *white-collars* de nível 1 são o grupo de funções no trabalho com os maiores níveis de resiliência, independentemente do equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Quando os níveis do *stressor* são muito baixos, os três grupos de funções apresentam uma resiliência muito similar. Se o nível de *stress* causado pelo equilíbrio trabalho-família é baixo ou médio, tanto os *white-collars*, como os *blue-collars* de nível 2 parecem ser menos resilientes que os *white-collars* de nível 1. A distinção entre *white-collars* e *blue-collars* é ainda mais aparente quando os níveis de *stress* relacionados com o equilíbrio trabalho-família são altos ou muito altos: os *blue-collars* são claramente menos resilientes neste cenário.

No respetivo capítulo (4.6) descrevem-se os resultados detalhados.



### 1.8.6.1 Artigo em processo de submissão para publicação

**Heitor dos Santos MJ**, Galante H, Sousa L, Moreira S, Bourbon M, Zêzere I, Mendes C, Cooper C, Pereira Miguel J, Vicente A. Biopsychosocial determinants at the workplace – A multidimensional model with resilience, gene variants, cardiovascular risk, mental health and wellbeing.

#### Discussão e Conclusões

Tradicionalmente, a cor do colarinho (*collar*) foi demonstrada como uma variável moderadora em medidas de *stress* laboral e de tensão (*strain*) no emprego, com diferenças significativas no conflito consoante a função, segurança no trabalho, sobrecarga laboral, e utilização de aptidões no que se refere às diferentes tensões.

Atualmente, os estudos dos ambientes laborais e dos trabalhadores tornaram-se mais complexos e, além do *stress* laboral, têm estado em foco novas variáveis, tais como presentismo, absentismo, controlo e conciliação trabalho-família. Além disso, os aspetos genéticos e somáticos como o risco cardiovascular também são estudados.

4.8.7 Estudo 7: O papel mediador da saúde mental na relação entre o compromisso, do trabalhador face à organização e da organização face ao trabalhador, e o presentismo absoluto

*Objetivo 13:* Estudar o papel mediador da saúde mental na relação entre o compromisso, do trabalhador face à organização e da organização face ao trabalhador, e o presentismo absoluto.

#### Introdução

O objetivo do presente estudo foi averiguar se o efeito das dimensões ‘compromisso do colaborador face à organização’ e do ‘compromisso da organização face

ao colaborador' no presentismo absoluto é mediado pela saúde mental (avaliada pelo ASSET).

### Método

O desenho do estudo global, população, amostra e recrutamento dos participantes, assim como os aspetos éticos, estão referidos no capítulo 3 (Materiais e Métodos) da tese.

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 399 participantes, dos quais 194 são do sexo masculino (48.6%) e 205 são do sexo feminino (51.4%), com uma idade média de 41.08 anos ( $DP = 8.21$ ; variação = 22-64 anos) e na sua maioria casados ou a viver em união de facto (65.7%;  $n = 262$ ). A descrição das características sociodemográficas da amostra em estudo é apresentada na tabela 5.

**Tabela 5.** Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo

<b>Tabela 4.</b> Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo						
	Total ( $n = 399$ )		Sexo feminino ( $n = 205$ )		Sexo masculino ( $n = 194$ )	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Idade</b>	41.08	8.21	39.90	7.38	42.31	8.86
	Total		Sexo feminino		Sexo masculino	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro (a)	83	20.8	50	24.4	33	17
Casado (a)/ União de facto	262	65.7	115	56.1	147	75.8
Divorciado (a)/ Separado (a)	48	12	35	17.1	13	6.7
Viúvo (a)	6	1.5	5	2.4	1	0.5
<b>Habilitações literárias</b> <sup>26</sup>						
Não-licenciado <sup>a</sup>	123	30.8	61	29.8	62	32
Licenciado <sup>b</sup>	184	46.1	101	49.3	83	42.8
Pós-graduado <sup>c</sup>	86	21.6	41	20	45	23.2
<b>Grupo funcional</b>						
Gestores	60	15	22	10.7	38	19.6
Técnicos	130	32.6	67	32.7	63	32.5
Comerciais	138	34.6	69	33.7	69	35.6
Administrativos	71	17.8	47	22.9	24	12.4

<sup>a</sup> Não-licenciado = ensino básico, 1.º, 2.º e 3.º ciclos, ensino secundário e pós-secundário  
<sup>b</sup> Licenciado = bacharelato e licenciatura  
<sup>c</sup> Pós-graduado = pós-graduado, mestrado e doutoramento

### Análises Estatísticas

A estatística descritiva foi realizada com recurso ao *software* SPSS (462). Com o intuito de explorar as associações entre as variáveis em estudo, procedeu-se ao cálculo das correlações produto-momento de *Pearson*. Para a análise à magnitude das correlações foram seguidas as orientações de Cohen (444, p.79-81):  $r = .10$  a  $r = .29$  (baixa magnitude),

<sup>26</sup> Seis participantes da amostra foram omissos em relação a esta informação.

$r = .30$  a  $r = .49$  (moderada magnitude),  $r = .50$  a  $r = 1.00$  (elevada magnitude). Análises preliminares foram conduzidas para assegurar a não violação dos pressupostos de normalidade, linearidade e de homocedasticidade. A consistência interna das variáveis em estudo foi avaliada através do alfa de Cronbach, considerando-se o valor de  $.70$  como indicador de um nível de consistência interna aceitável (Nunnally, 1978).

Tendo em consideração o objetivo do presente estudo, e de acordo com a revisão da literatura efetuada, pretendeu-se testar um modelo de mediação hipotético através da Análise de Trajectórias (*Path Analysis*) disponível no *software* AMOS (v.22, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008) dado que este é o procedimento estatístico considerado adequado quando se pretende testar simultaneamente a existência de efeitos indiretos e diretos (442) (477). O Método da Máxima Verosimilhança foi o escolhido para testar a significância das trajetórias (dos coeficientes de regressão) e dos índices de ajustamento do modelo.

O modelo de mediação hipotetizado foi constituído por duas variáveis exógenas (Compromisso do Colaborador face à Organização e Compromisso da Organização face ao Colaborador) e por duas variáveis endógenas (o Bem-estar Psicológico e o Presentismo Absoluto), sendo que, o Bem-estar Psicológico foi igualmente testado enquanto possível variável mediadora. Dado que as duas variáveis exógenas se encontravam fortemente associadas, foi adicionada ao modelo uma trajetória correlacional. De referir que às duas variáveis endógenas foi ainda adicionado um erro de medida que reflete a proporção da variabilidade da variável que não é explicada pelas relações que constam no modelo. A magnitude da relação entre variáveis do modelo, que é dada pelos coeficientes de trajetória, foi considerada como estatisticamente significativa quando associada a um  $p < .05$  (455).

O ajustamento global do modelo foi avaliado com recurso aos seguintes índices de ajustamento: *Chi-square* ( $\chi^2$ ), *Normed Chi-Square* (458), *Tucker Lewis Index* (TLI, (451)), *Comparative Fit Index* (CFI, (452)) e o *Root-Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, (456) com um intervalo de confiança de 90%. Foram considerados como valores de referência para analisar os valores de ajustamento global obtidos os seguintes: 1) um valor não significativo de qui-quadrado como indicativo de um bom ajustamento, 2) valores de  $\chi^2/g.l.$  entre 2 e 5 como correspondendo a um ajustamento aceitável e valores inferiores a

2 como indicadores de um bom ajustamento (Arbuckle, 2008, citado em (459)), 3) valores de CFI e TLI entre .90 e .95 como sugestivos de um ajustamento aceitável e iguais ou superiores a .95 como correspondentes a um bom ajustamento (423), 4) e, no caso do RMSEA, valores iguais ou inferiores a .05 como sugestivos de um excelente ajustamento, valores entre .05 e .08 como sugestivos de um ajustamento aceitável, entre .08 e .10 de um ajustamento medíocre e superiores a .10 de um ajustamento inaceitável (478). No caso do RMSEA foi igualmente analisado o *p*-close que testa a hipótese nula de que o RMSEA não é superior a .05, sendo que, no caso de se obter um valor inferior, se deve rejeitar a hipótese nula e concluir-se por um fraco ajustamento. No que diz respeito ao IC de 90% gerado em torno do valor de RMSEA requereu-se como necessário que o seu limite inferior se situasse abaixo do valor .05 e o limite superior não ultrapassasse 1.0 (442).

Dado que o modelo de mediação inicialmente proposto é sobressaturado (por contemplar todas os efeitos diretos e indiretos) e, como tal, apresenta um ajustamento perfeito, os índices de ajustamento global não foram analisados nem reportados por não adicionarem informação útil na interpretação dos resultados obtidos. Após a remoção dos coeficientes de trajetória que não se revelaram estatisticamente significativos ( $p > .05$ ), obteve-se um modelo mais parcimonioso e interpretável, tendo em relação a este sido analisados e reportados os índices de ajustamento global do modelo.

A significância dos efeitos totais, diretos e indiretos foi testada através do *bootstrap* disponível no AMOS, que permitiu gerar para cada modelo testado 2000 amostras *bootstrap* (cada uma com  $n$  do modelo em estudo) tendo estas sido posteriormente utilizadas para calcular os intervalos de confiança (IC) associados a cada um dos efeitos estimados (477). Optou-se por este método por ser considerado como o mais adequado e poderoso para testar efeitos de mediação (444) (445). Para cada um dos efeitos estimados foi ainda calculado um intervalo de confiança acelerado corrigido de 95% (sendo que se optou por este tipo de IC dado que é o recomendado para estudos de mediação; MacKinnon, 2008; Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006). Se o zero não estiver contido no IC estimado pode concluir-se que o efeito em estudo é significativamente diferente de zero para um  $p < .05$  (bi-caudal). Uma forte demonstração para a existência de um efeito de mediação (442) ocorre com a obtenção de um efeito indireto estatisticamente significativo, mas não do efeito direto correspondente. Preliminarmente

às análises conduzidas foi ainda analisada a possível existência de *outliers* multivariados através da distância quadrada de *Mahalanobis* ( $p_1$ ;  $p_2 < .001$  como indicativo da existência de um *outlier*), sendo que, não se encontraram evidências para a sua ocorrência.

**Tabela 6.** Valores médios, de desvio-padrão e de consistência interna para cada uma das variáveis em estudo

Nenhuma das variáveis apresentou igualmente desvios significativos à distribuição

**Tabela 6** Valores médios, de desvio-padrão e de consistência interna para cada uma das variáveis em estudo. (n=399)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	$\alpha$
Compromisso do colaborador face à organização	5.09	0.71	.73
Compromisso da organização face ao colaborador	4.81	0.70	.79
Bem-estar Psicológico (ASSET)	1.91	0.64	.93
Presentismo Absoluto	74.89	13.52	-.27

normal (assimetria  $< |3|$  e curtose  $< |8-10|$ ) (466) (442). Por fim, e de modo a assegurar a inexistência de problemas de multicolinearidade procedeu-se ao cálculo do VIF (Factor de Inflexão da Variância) no SPSS *Statistics* (465), tendo-se verificado que nenhuma das variáveis apresentava valores de VIF ( $> 5.0$ ) indicativos de possíveis problemas de multicolinearidade.

## Resultados

### *Estatísticas Descritivas e Análises Preliminares*

Os valores de média, de desvio-padrão e os valores de alfa de *Cronbach* para as variáveis em estudo são apresentados na tabela 5.

Todas as variáveis em estudo apresentaram valores de consistência interna aceitáveis ( $> .70$ ).

No que diz respeito à associação entre as variáveis em estudo, o cálculo das correlações produto-momento de Pearson demonstrou a existência de uma associação positiva e forte entre o compromisso do colaborador face à organização e da organização face ao colaborador ( $r = .70$ ,  $p < .01$ ). Foi igualmente encontrada uma associação negativa

<sup>27</sup> Não é apresentado o valor de consistência interna relativamente ao Presentismo Absoluto por se tratar de um instrumento de medida composto por apenas um item.

e de fraca a moderada magnitude entre o bem-estar psicológico (avaliado pelo ASSET) e o compromisso do colaborador face à organização ( $r = -.26, p < .01$ ) e da organização face ao colaborador ( $r = -.33, p < .01$ ). Por último, verificou-se que o compromisso do colaborador face à organização e da organização face ao colaborador se encontram significativamente associados (ainda que numa baixa magnitude) ao presentismo absoluto (tabela 7).

**Tabela 7.** Correlações de pearson entre as variáveis em estudo

Variáveis	Compromisso do Colaborador Face à Organização	Compromisso da Organização Face ao Colaborador	Bem-estar Psicológico	Presentismo Absoluto
Compromisso do Colaborador face à Organização	1			
Compromisso da Organização face ao Colaborador	.70**	1		
Bem-estar Psicológico	-.26**	-.33**	1	
Presentismo Absoluto	.27**	.25**	-.23**	1

\*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

### *Análises de Mediação*

Conforme referido na introdução, o objetivo do presente estudo foi averiguar se o efeito das dimensões ‘compromisso do colaborador face à organização’ e do ‘compromisso da organização face ao colaborador’ no presentismo absoluto é mediado pela saúde mental (avaliada pelo ASSET).

As duas dimensões que compõem a escala ‘atitudes em relação à organização’ explicam 11% da variância do bem-estar psicológico (avaliado pelo ASSET) e 10% da variabilidade do presentismo absoluto.

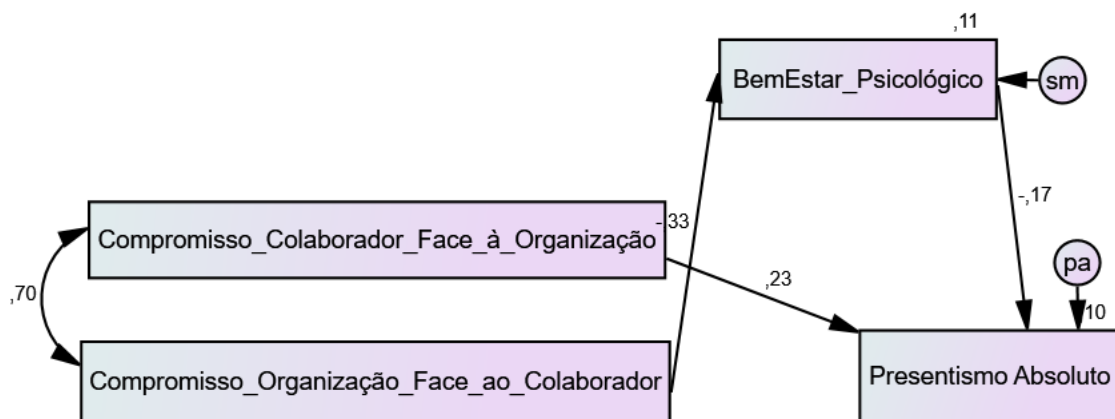
A análise dos coeficientes de trajetórias e da sua respetiva significância revelou que as trajetórias ‘compromisso do colaborador face à organização’ → ‘bem-estar psicológico’ ( $b=-0.048$ ;  $EP=0.060$ ;  $p=.425$ ;  $\beta=-0.053$ ) e o ‘compromisso da organização face ao colaborador’ → ‘presentismo absoluto’ ( $b=1.283$ ;  $EP=1.344$ ;  $p=.336$ ;  $\beta=0.066$ ) não se

revelam estatisticamente significativas ( $p > .05$ ), pelo que, foram progressivamente removidas do modelo.

Após a eliminação das trajetórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados  $\chi^2 (2, N=399) = 1.571, p=.456$ , *Normed Chi-Square* ( $\chi^2/g.l.$ ) = 0.785, *Comparative Fix Index* (CFI) = 1.000, *Tucker Lewis Index* (TLI) = 1.004, *Root-mean-square error of approximation* (RMSEA) = .000 (IC = .000; .090) para um  $pclose=.722$ .

Os resultados às análises de mediação sugerem que o efeito da perceção dos colaboradores relativamente ao compromisso da organização a seu respeito no presentismo absoluto ocorre indiretamente através da saúde mental  $\beta = 0.057$  (IC95%: .026; .099,  $p=.001$ ). Adicionalmente verificou-se que o efeito da variável “compromisso do colaborador face à organização” no presentismo absoluto ocorre diretamente (e não via o seu impacte no bem-estar psicológico) quando controlado o efeito do compromisso da organização face ao colaborador,  $\beta = 0.228$ , IC95%: .120; .336,  $p=.001$ ).

A representação gráfica do modelo causal testado está representada na Figura 20.



**Figura 20.** Representação gráfica do modelo causal testado (estudo 7)

### Discussão e Conclusões

As limitações do modelo poderão estar ligadas à amostra em estudo (de conveniência) e, como tal, não se podem generalizar os resultados obtidos para outras amostras.

Além disso, o presentismo é somente avaliado através de um item e este item pode não ser suficiente para abarcar o construto que se pretende estudar, apenas avalia uma autoavaliação do trabalhador relativamente às últimas 4 semanas. O presentismo absoluto poderia ser melhor explicado por outras variáveis não contempladas no modelo em análise.

O efeito da perceção dos colaboradores relativamente ao compromisso da organização a seu respeito no presentismo absoluto ocorre indiretamente através da saúde mental. Adicionalmente, verificou-se que o efeito da variável “compromisso do colaborador face à organização” no presentismo absoluto ocorre diretamente (e não via o seu impacto no bem-estar psicológico) quando controlado (removido) o efeito do compromisso da organização face ao colaborador. Estes resultados poderão vir a ter implicações em recomendações que no futuro possam vir a ser divulgadas e implementadas, numa perspetiva de promoção de locais de trabalho saudáveis e em articulação com medidas de liderança adequadas.

#### 4.8.8 Estudo 8: Impacte da crise económica no bem-estar

O emprego menos estável e mais temporário e cargas de trabalho maiores, bem como a maior insegurança laboral criada pela crise económica global, podem contribuir para um aumento do *stress* no local de trabalho, apesar de a evidência a este respeito ser inconclusiva. O *stress* laboral foi associado a um amplo leque de efeitos adversos nas saúdes mental e física (195).

A grande maioria dos inquiridos (82%) refere que a crise está a ter impacte no seu bem-estar (Apêndice E.36, Tabela 36; Apêndice E.37, Tabela 37).



A este propósito, inclui-se nesta tese um artigo em que colaborou, no âmbito de um grupo de trabalho sobre *Economic Crisis and Mental Health* junto da *European Psychiatric Association* (Apêndices F e H).

#### 4.9 Síntese global dos resultados

A presente tese de doutoramento integra um conjunto de estudos com base nos objetivos gerais e específicos delineados. As análises estatísticas descritivas, inferenciais e fatoriais conduzidas foram efetuadas com recurso a um *software* que é específico para o tratamento estatístico dos dados, o IBM SPSS Statistics (v. 22, Inc., Chicago IL, USA). As análises aos modelos de equações estruturais (análises fatoriais confirmatórias e análise de trajetórias) foram efetuadas com funcionalidades que podem ser agregadas ao SPSS, nomeadamente, o *Analysis of Moment Structures* (AMOS v.22; IBM SPSS Inc., Chicago IL, USA).

Em cada um dos estudos empíricos que integram a presente tese serão apresentados os procedimentos estatísticos conduzidos de forma mais detalhada. A tabela 8 enumera as análises estatísticas realizadas.

**Tabela 8.** Listagem de análises estatísticas utilizadas

Análises/Capítulos	4.1	4.1.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8
Descritivas	X	X	X	X				X	X
Correlações [Spearman ou Pearson]					X				X
Descritivas univariadas e bivariadas		X							
Regressão linear múltipla hierárquica				X					
Regressão linear múltipla						X			X
Regressão multivariada								X	
ANOVA com dois fatores							X		X
Fatoriais exploratórias									X

Fatoriais confirmatórias									X
Modelos de equações estruturais									X

A tabela 9 enumera os *softwares* estatísticos utilizados.

**Tabela 9.** Softwares estatísticos utilizados

Tarefas → <i>Softwares</i> ↓	Introdução dos dados colhidos	Regressão linear múltipla	Estatísticas descritivas	Análises com modelos de equações estruturais	Integração de amostras biológicas	Figuras e Tabelas	Análise de dados genéticos
SPSS V.20	X						
IBM SPSS Statistics 25		X					
RStudio		X					
IBM SPSS Statistics (SPSS, Chicago Inc. v22)			X				
AMOS Graphics (version 22.0, SPSS Inc. Chicago, IL)				X			
IBM SPSS Statistics versão 24				X			
Sistema informático SIGALIS®					X		
Microsoft Office Excel						X	
Arlequin, version 3.5.2.2 (University of Berne)Switzerland)							X

A tabela 10 enumera uma síntese global, desde a formulação das questões de investigação até aos resultados.

**Tabela 10.** Síntese global

<b>Questão de investigação (QI) Outras</b>	<b>Hipóteses de investigação (HI)</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Análises estatísticas</b>	<b>Resultados</b>	<b>HI suportada pelos dados /resultados</b>
QI.1 Associação entre fatores psicossociais e biológicos, e resiliência	HI.1: Há preditores psicossociais e biológicos de maior e menor resiliência nos trabalhadores	<p><i>Objetivos 8 e 11</i></p> <p>Avaliar e quantificar o impacto de variáveis do trabalhador (sociodemográficas, estilo de vida, clínicas, genéticas e os resultados obtidos para escalas psicométricas selecionadas) sobre a resiliência</p> <p>Determinar os parâmetros antropométricos, de pressão arterial, bioquímicos e genéticos na amostra de trabalhadores do estudo</p>	<p>Regressão linear múltipla Método de seleção <i>Backward Stepwise</i></p> <p>Descritivas</p>	<p><i>Preditores de maior resiliência:</i> interesses ou hobbies, menor presentismo. Influência dos polimorfismos rs4680 e rs4713916</p> <p><i>Preditores de menor resiliência:</i> ausente do trabalho por problemas psicológicos, saúde mental muito baixa, níveis muito altos de stress devido à sobrecarga de trabalho e ansiedade crónica</p>	<p>SIM</p> <p>SIM</p>
QI.2 Papel da saúde mental na relação entre perceções sobre o trabalho e o presentismo	HI.2: Os stressores organizacionais (determinantes psicossociais) têm impacto no presentism	<p><i>Objetivo 12</i></p> <p>Analisar o papel mediador da saúde mental na relação entre as dimensões ‘perceções sobre o trabalho’ e o</p>	Modelo de equações estruturais	<p>Recursos e Comunicação têm um impacto positivo no presentismo absoluto, mediado pelo bem-estar psicológico</p> <p>‘Equilíbrio trabalho-família’ e ‘aspetos do trabalho’ têm,</p>	PARCIALMENTE, apenas para alguns stressores

<b>Questão de investigação (QI) Outras</b>	<b>Hipóteses de investigação (HI)</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Análises estatísticas</b>	<b>Resultados</b>	<b>HI suportada pelos dados /resultados</b>
	o absoluto, através do efeito do bem-estar psicológico dos trabalhadores	presentismo absoluto		respetivamente, efeito positivo e negativo no presentismo absoluto, através parcialmente do bem-estar psicológico  'Segurança no emprego' tem efeito negativo no presentismo absoluto que não é mediado pelo bem-estar psicológico  'Controlo', 'relações no trabalho' e 'sobrecarga laboral' não se revelaram como preditores significativos	
QI.3 Papel da saúde mental na relação entre atitudes face à organização e o presentismo	HI.3: O efeito das variáveis 'compromisso do colaborador face à organização' e do 'compromisso da organização face ao colaborador', no presentismo absoluto, é mediado pela saúde mental	<b>Objetivo 13</b>  Estudar o papel mediador da saúde mental na relação entre o compromisso, do trabalhador face à organização e da organização face ao trabalhador, e o presentismo absoluto	Modelo de equações estruturais	O efeito da perceção dos colaboradores, relativamente ao compromisso da organização a seu respeito, no presentismo absoluto, ocorre indiretamente através da saúde mental  O efeito da variável "compromisso do colaborador face à organização", no presentismo absoluto, ocorre diretamente (e não via o seu impacto no bem-estar psicológico) quando controlado o efeito do compromisso da	SIM, para o primeiro efeito  NÃO, para o segundo efeito

<b>Questão de investigação (QI) Outras</b>	<b>Hipóteses de investigação (HI)</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Análises estatísticas</b>	<b>Resultados</b>	<b>HI suportada pelos dados /resultados</b>
				organização face ao colaborador.	
QI.4 Preditores de saúde na auto-perceção do estado de saúde	HI.4: Menos de metade da população da amostra tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa	<i>Objetivo 5</i>  Caracterizar a auto-perceção do estado de saúde e de preditores da perceção de saúde	Regressão linear hierárquica	<i>Auto-perceção:</i> 63.5% classifica o estado de saúde “bom”; os homens atribuem mais vezes “bom”  <i>Preditores de saúde:</i> exercício físico, medicação prescrita e equilíbrio trabalho-família	NÃO
QI.5 Influência do equilíbrio trabalho-família na resiliência (co-variáveis: sexo; grupo funcional)	HI.5: i) Há diferenças de resiliências consoante o sexo.  ii) Há diferenças de resiliência consoante o grupo funcional ( <i>blue-collars</i> menos resilientes)	<i>Objetivos 9 e 10</i>  Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e o sexo, na resiliência  Analisar a influência do equilíbrio trabalho-família e a função no trabalho, na resiliência	ANOVAs bidirecionais	Níveis baixos de <i>stress</i> , mulheres são mais resilientes; níveis médios, altos ou muito altos de <i>stress</i> , homens têm maior resiliência  <i>White-collars</i> nível1: o mais resiliente; baixo <i>stress</i> -resiliência semelhante nos 3 grupos de funções  <i>Stress</i> baixo ou médio causado pelo equilíbrio trabalho-família: <i>white-collars</i> nível 2 e <i>blue-collars</i> menos resilientes que <i>white-collars</i> nível 1  <i>Stress</i> elevado ou muito elevado: <i>blue-collars</i> menos resilientes que <i>white-collars</i>	SIM
QI.6	HI.6: Há associação	<i>Objetivo 6</i>	Correlações	Correlação negativa: com o	SIM

<b>Questão de investigação (QI) Outras</b>	<b>Hipóteses de investigação (HI)</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Análises estatísticas</b>	<b>Resultados</b>	<b>HI suportada pelos dados /resultados</b>
Associação entre absentismo e presentismo	entre presentismo e absentismo	Determinar a associação entre absentismo e presentismo		aumento de nível de desempenho diminui o nº de dias de faltas ao trabalho	
QI.7 Associação entre absentismo e sofrimento psicológico	HI.7: Há associação entre absentismo e sofrimento psicológico .	<i>Objetivo 7</i> Determinar a associação entre absentismo e sofrimento psicológico	Correlações	Correlação positiva: trabalhadores calmos e mais felizes faltam menos ao trabalho	SIM

<p>QI.8 Caracterização da amostra e prevalências: presentismo /  absentismo/ sofrimento psicológico</p>	<p>HI.8: i) Há mais presentismo do que absentismo  ii) As mulheres têm mais absentismo e mais sofrimento psicológico</p>	<p><i>Objetivos 1, 2, 3, 4</i>  Caracterizar a amostra  Caracterizar as prevalências de presentismo/absentismo/sofrimento psicológico</p>	<p>Descritivas  Univariadas e bivariadas</p>	<p>79% “bom desempenho” (últimas 4 semanas); diferenças no presentismo em diferentes grupos funcionais (profissionais)/ 79.3% não faltou (últimos 3 meses); mulheres dão mais 2 a 5 faltas/ Mulheres mais vezes deprimidas e “nervosas”</p>	<p>NÃO  SIM</p>
<p>Validação de instrumentos</p>	<p>N/A</p>	<p><i>Objetivos 14, 15 e 16</i>  Validar as propriedades psicométricas e fatoriais de três escalas</p>	<p>Fatoriais exploratórias e confirmatórias</p>	<p>ASSET  CD-RISC  Satisfação no Trabalho (7 itens)</p>	<p>N/A</p>

No apêndice G (G.1 a G.16) encontram-se tabelas de análises estatísticas diversas.

#### 4.10 Resultados adicionais

Com base na amostra estudada, reportaram-se (capítulo 4.1) alguns resultados acessórios que não foram objeto de integração nos estudos descritos, mas que poderão futuramente ser objeto de análise mais detalhada (Apêndice G.22).







## **CAPÍTULO 5**

### **DISCUSSÃO**



## Capítulo 5 – DISCUSSÃO

### 5.1 Limitações do estudo

São aqui descritas eventuais limitações, em particular metodológicas, medidas de minimização das mesmas, e potencial contributo deste estudo para o conhecimento e prática atual.

Trata-se de um estudo observacional transversal, com uma amostra de conveniência, resultante de obrigatoriedade da própria empresa onde se realizou o estudo. O inquérito aplicado contém um questionário autorrespondido.

A opção de uma amostragem não aleatória, de conveniência, decorreu da articulação com a equipa de SST desta instituição que aceitou que deveria haver um convite à participação de cada trabalhador, com base numa lista por ela providenciada. De todos os trabalhadores dessa lista, aos quais foi enviado um convite à participação através da caixa de *e-mail* institucional, apenas os que voluntariamente quiseram participaram foram incluídos na amostra, o que por um lado pode introduzir algum viés, por outro lado foi a única organização empresarial que aceitou desde logo participar, de um total de dez empresas que na altura foram contactadas.

A amostra revelou-se constituída por trabalhadores no geral “saudáveis”, porventura mais informados e sensibilizados para as questões da saúde e da saúde mental. Por um lado, o terem acedido participar no estudo pode refletir estes aspetos, por outro lado, e apesar das condições de confidencialidade e proteção de dados envolvidas e do conhecimento dos participantes acerca delas, nas amostras em empresas pode haver o receio de exposição e de que os dados e resultados cheguem, mesmo que acidentalmente, ao conhecimento da entidade patronal o que pode contaminar as respostas fornecidas pelos colaboradores.

Na amostra estudada, o facto de mais de metade (63.5%) classificar o estado de saúde como “bom”, ao contrário de dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em que menos de metade da população adulta em Portugal tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa, pode ser uma eventual limitação do estudo, ou seja, pode haver aqui um viés de seleção e representatividade.

Para minimizar, de alguma forma, ser uma amostra de conveniência, foi caracterizada a sub-população de trabalhadores da empresa onde decorreu o estudo e que não aceitou o convite para participar.

Uma outra limitação é que do total da amostra de  $n=405$  trabalhadores, houve apenas uma subamostra de  $n_B=260$  aos quais, além da componente psicossocial, foi também aplicada a componente biológica (medidas antropométricas, medição da tensão arterial e colheita de sangue). O não ter sido possível a aplicação da componente biológica ao total da amostra dos 405 trabalhadores, mas sim somente a 260, deveu-se apenas a razões de ordem financeira e logística.

Na caracterização da Escolaridade dos participantes no estudo, o questionário aplicado contém na informação sobre “Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta/frequentou” duas opções “Ensino superior/Bacharelato” e “Ensino superior/Licenciatura”, correspondendo a níveis de escolaridade diferentes na época pré-Bolonha. Isto levantou algumas questões na interpretação e análise dos dados. Para se minimizar esta limitação, efetuou-se uma recodificação destas variáveis relativamente ao nível de escolaridade. Dado que a versão Portuguesa da escala foi traduzida a partir da versão original, adaptada e validada, em estudos futuros este aspeto terá de ser tido em linha de conta e, eventualmente, recodificadas estas variáveis de escolaridade. Foram igualmente recodificadas outras variáveis (3.3.4.1).

Para se minimizarem eventuais limitações existentes, à partida, quanto aos instrumentos a utilizar, nomeadamente, alguns não estarem traduzidos e/ou validados em Portugal, efetuaram-se as validações das propriedades psicométricas e fatoriais (ASSET, CD-RISC e Satisfação no Trabalho, versão de 7 itens). Ainda relativamente aos instrumentos utilizados, foram descritos quais replicam os resultados originais e são dadas notas dos cuidados a ter e do potencial daqueles instrumentos que não replicam totalmente os resultados originais.

Sendo a área central pesquisada, nesta tese, a dos determinantes psicossociais e biológicos em contexto laboral, com impacte, em particular, no presentismo, na saúde

mental e bem-estar e na resiliência (conceitualmente, como parte integrante da saúde mental e bem-estar), recorreu-se a modelos nomeadamente de *stress* laboral, de fatores de risco e de proteção, descritos na literatura e assentes em evidência robusta, conforme desenvolvido no capítulo da Introdução.

No entanto, o modelo clássico e central que tem assumido um papel proeminente na área do *stress* ocupacional, o modelo de exigência-controlo (JDC – *Job demand control*) de Karasek e Theorell que foca as inter-relações entre a quantidade de controlo permitida nas funções (ou latitude de decisão) e as exigências do trabalho e como elas interagem para influenciar o estado de saúde e o desenvolvimento de *stress* (330), este modelo bidimensional tem algumas questões metodológicas. Já foram demonstradas certas limitações (nomeadamente, uma sobreposição conceitual entre a medida das exigências e a variável psicológica em estudo; a suscetibilidade de enviesamento de autorrelato; o uso comum do modelo em planos transversais e o não fornecimento de informação sobre a causalidade das relações entre características do trabalho e o bem-estar) (348). De acordo com algumas críticas, não capta a complexidade dos ambientes laborais (349) e põe uma ênfase demasiado positiva no controlo, pois, para algumas pessoas com baixo sentido de autoeficácia, o controlo no emprego pode não ser visto como um aspeto desejável, mas antes como um agente de *stress* em si (350).

Alguns estudos não apoiam o pressuposto de Karasek de que dar controlo aos trabalhadores prevenirá consequências negativas de *stress* (347). Bakker et al. (349) sugerem uma ideia alternativa acerca das exigências laborais. De acordo com a forma original do modelo de exigência-controlo, elevadas exigências laborais são percebidas como um fator prejudicial com um impacte negativo na saúde e no bem-estar. No entanto, olhando para o estudo conduzido por estes autores, o prazer e o compromisso eram elevados quando os empregados eram confrontados com tarefas desafiantes e estimulantes ao mesmo tempo que tinham recursos suficientes à sua disposição. Isto sugere que as elevadas exigências laborais não são necessariamente negativas, uma vez que os empregados podem prosperar com elevadas exigências laborais e elevados recursos laborais.

É de realçar que no estudo efetuado nesta tese, a variável controlo, entre outras, não se revelou como preditor significativo de presentismo o que vem ao encontro destas críticas que têm sido reportadas relativamente ao modelo clássico de Karasek. Este é um dos contributos do estudo.

Relativamente à componente genética do estudo e apesar das limitações, nomeadamente a dimensão amostral, este estudo aponta para a influência de fatores genéticos, assim como ambientais, na resiliência, e para a importância de se estudarem estas duas componentes (genética e ambiental) para melhor compreensão deste “traço” complexo.

## 5.2 Principais instrumentos utilizados

### ASSET

O instrumento central utilizado, ASSET, foi traduzido de forma rigorosa para português, pela autora da tese e colaboradoras, versão esta que poderá ser usada nos países de língua portuguesa e, não somente, em Portugal. Foram efetuadas análises fatoriais, exploratória e confirmatória, para se reportarem as propriedades psicométricas do ASSET, a partir de uma amostra de 405 participantes e testada a validade convergente, em particular as escalas de saúde física e de bem-estar psicológico, com recurso a instrumentos já anteriormente validados e a um conjunto de medidas biométricas, tendo estas análises sido objeto de uma publicação em revista internacional (Apêndices F e H) com a coautoria dos autores do instrumento. As duas versões do ASSET (a versão original inglesa e a portuguesa) relacionam-se largamente uma com a outra e os resultados na amostra do CEMG (estudada na tese) são favoráveis à utilização do ASSET, em geral e, em particular, às subescalas de saúde. No entanto, os resultados das duas subescalas “perceções do seu emprego” (PYJ) e “atitudes face à sua organização” (ATO) revelam discrepâncias e foram necessários ajustamentos ligeiros, que provavelmente refletem algumas limitações dos itens ou da adaptação à cultura portuguesa, o que vai requerer uma futura reflexão e consideração.

### CD-RISC

A escolha da *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) justifica-se não só pela evidência na literatura, dado ser um instrumento de medida amplamente utilizado na investigação, mas também pelo facto de que já existia uma tradução para a língua Portuguesa, reconhecida pelos autores. Os itens do CD-RISC foram traduzidos num processo de tradução-retroversão, a partir da escala original norte-americana (CD-RISC, (300)).

O processo de validação estava em curso na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, tendo-se contactado as investigadoras, de que resultou uma parceria para validação conjunta.

A instabilidade quanto à estrutura multifatorial da escala CD-RISC constitui, possivelmente, uma das razões que tem motivado os investigadores (p. ex., (174) (459) (458) (479) (480)) a, nos últimos anos, optarem por validar para outras línguas a versão abreviada de 10 itens (igualmente, de mais fácil e rápida aplicação) publicada por Campbell-Sills e Stein (424). Mais especificamente, os 10 itens que compõem esta versão refletem a perceção do indivíduo acerca da sua capacidade para tolerar experiências que envolvam uma adaptação a mudanças, obstáculos e fracassos, o lidar com problemas pessoais inesperados, doença ou dano, e a vivência de sentimentos dolorosos.

À semelhança da versão original, a versão em estudo revelou possuir uma adequada consistência interna. Em algumas das análises optou-se pela versão de 10 itens da escala.

### *Satisfação no Trabalho (7 itens)*

No presente estudo foi utilizada uma versão reduzida de 7 itens da escala Satisfação no Trabalho, por indicação do autor. Não existindo (que seja do conhecimento da autora da presente tese) estudos sobre as características psicométricas desta versão na língua portuguesa, procedeu-se à investigação da estrutura fatorial e das características psicométricas da Escala de Satisfação no Trabalho (EST). A análise fatorial exploratória conduzida na amostra em estudo foi sugestiva de que a EST apresenta uma estrutura unidimensional, tendo sido, posteriormente, esta estrutura confirmada através da análise fatorial confirmatória. A EST apresenta, igualmente,

uma boa consistência interna, constituindo-se como uma medida válida e confiável para avaliar a satisfação profissional dos participantes que pertencem à amostra sob estudo na presente tese.

### 5.3 Hipóteses de investigação e resultados

Partindo do racional e do estado da arte descritos na introdução, dos objetivos e das questões de investigação, das variáveis em estudo e das hipóteses analisadas, juntam-se alguns comentários relativamente às diferentes hipóteses de investigação (HI) e aos resultados.

Relativamente à Hipótese HI.1: Há preditores, psicossociais e biológicos, de maior e menor resiliência nos trabalhadores.

Preditores de maior resiliência: interesses ou *hobbies*, menor presentismo.

Preditores de menor resiliência: ausente do trabalho por problemas psicológicos, saúde mental muito reduzida, níveis muito elevados de *stress* devido à sobrecarga de trabalho, e ansiedade crónica.

De um modo geral, os fatores de proteção do indivíduo, em saúde mental, são sobreponíveis aos traços de saúde mental positiva, como a autoestima, a resiliência emocional, o pensamento positivo, as aptidões sociais, as aptidões para a resolução de problemas e as aptidões de gestão de *stress* e de mestria (28). A resiliência, como uma medida da capacidade de *coping* em situações de *stress*, é um importante alvo de abordagem e tratamento na ansiedade, na depressão e em reações ao *stress*.

Como tal, considerou-se neste trabalho, a resiliência não como mediador da saúde mental e do bem-estar subjetivo, mas sim como parte inerente dos mesmos e, no modelo de análise, como variável dependente, embora possa ser considerada como uma variável de mediação. Concretamente, em relação aos resultados, o lazer e a recreação têm efeitos benéficos a curto prazo no bem-estar subjetivo (49), o que corrobora o achado dos interesses ou *hobbies*.



Considerando o presentismo como a situação em que o trabalhador está no seu local de trabalho, mas a qualidade deste é má devido a problemas de saúde e/ou saúde mental, compreende-se a associação entre maior resiliência e menor presentismo.

É possível que a constituição genética possa influenciar a resiliência através do impacte em várias vias neuroquímicas (245).

O estudo da tese encontrou evidência da influência dos genes *COMT* e *FKBP5* na capacidade de lidar com o *stress* de forma adaptativa e positiva, dado que se verificou que alterações genéticas nestes genes modulam variabilidade na resiliência, possivelmente por afetarem a expressão proteica e causarem alterações nos mecanismos de resposta ao *stress*.

O modelo de regressão linear múltipla aplicado inclui associações com dois genes, nomeadamente, o *COMT* e o gene *FKBP5*.

O gene *COMT* é responsável pela degradação de catecolaminas, por exemplo, dopamina. Foram genotipados polimorfismos neste gene, dos quais o polimorfismo rs4680 apresenta evidência de associação.

O polimorfismo rs4680 corresponde a uma alteração de uma valina para uma metionina na posição 158 (Val158Met) da sequência proteica, o que leva a uma alteração funcional, nomeadamente a uma diminuição da atividade enzimática na presença do alelo A (correspondente à metionina). Atividade enzimática mais baixa implica que os níveis de dopamina são mais elevados, tendo sido descritas associações com uma vulnerabilidade aumentada ao *stress* e um limiar inferior para a dor. A associação encontrada do genótipo AA com menor resiliência vai de encontro a estas observações anteriores, incluindo uma associação do alelo Met158 com a ansiedade.

Neste modelo, um outro polimorfismo, rs4713916, no gene *FKBP5* apresenta evidência de associação. Este gene está envolvido na regulação do eixo HPA e foi previamente associado a perturbações do humor.

A análise do polimorfismo rs4713916 indica que indivíduos com o genótipo AA têm maior resiliência do que indivíduos GA. Este resultado é interessante porque foi descrito

anteriormente, como resultado de uma meta-análise (481), que indivíduos com o genótipo GA teriam maior suscetibilidade para perturbações do humor.

Os resultados de associação genética obtidos no modelo de regressão efetuado no estudo da tese vão ao encontro de observações anteriores. No entanto, para uma conclusão mais definitiva, será necessária uma validação destes resultados através da análise de uma amostra de replicação com maior dimensão.

No contexto dos outros preditores (psicossociais) no modelo, indivíduos com genótipo AA no polimorfismo rs4680 do gene *COMT* e com um genótipo GA no polimorfismo rs4713916 do gene *FKBP5* têm uma menor resiliência, isto é, os indivíduos da amostra estudada que apresentam preditores associados a baixa resiliência têm resultados significativos para estes genótipos.

Os resultados reportados são consistentes com literatura prévia, o que reforça o papel dos genes na resiliência e indica que estes achados não serão falsos positivos.

A hipótese nula é rejeitada e a hipótese alternativa é suportada pelos dados.

Vai ao encontro do modelo concetual e do modelo de análise, respetivamente apresentados nos capítulos 1.2 e 2.4.

Relativamente à Hipótese HI.2: Os *stressores* organizacionais (determinantes psicossociais) têm impacte no presentismo absoluto, através do efeito do bem-estar psicológico dos trabalhadores.

‘Recursos e Comunicação’ têm um impacte positivo no presentismo absoluto, mediado pelo bem-estar psicológico.

‘Equilíbrio trabalho-família’ e ‘Aspetos do trabalho’ têm, respetivamente, efeito positivo e negativo no presentismo absoluto, através, parcialmente, do bem-estar psicológico.

‘Segurança no emprego’ tem efeito negativo no presentismo absoluto que não é mediado pelo bem-estar psicológico.

‘Controlo’, ‘Relações no trabalho’ e ‘Sobrecarga laboral’ não se revelaram como preditores significativos.

Sabe-se que os problemas de saúde e o ambiente psicossocial no trabalho são preditivos de presentismo (448), absentismo prolongado (174) e perda de produtividade (205), e que intervenções conducentes à melhoria das condições psicossociais no local de trabalho podem reduzir os níveis de absentismo (176).

A saúde mental positiva tem um efeito indireto (“mediadora”) entre o contexto laboral (conjunto de variáveis independentes) e o presentismo (variável dependente), entendendo-se presentismo como a situação em que o trabalhador está no seu local de trabalho, mas a qualidade deste é má devido a problemas de saúde e/ou saúde mental, havendo pior desempenho e menor produtividade.

Identificaram-se fatores preditivos, psicossociais (e biológicos), do presentismo na amostra de trabalhadores, e o papel da saúde mental como eventual mediadora, na perspetiva de promoção da saúde mental e prevenção da doença em meio laboral, e para futura elaboração de recomendações.

É de realçar que no estudo efetuado nesta tese, a variável ‘controlo’, entre outras, não se revelou como preditor significativo de presentismo o que vem ao encontro das críticas que têm sido reportadas relativamente ao modelo clássico de Karasek. Este aspeto será desenvolvido mais adiante, a propósito das limitações do estudo.

Para a obtenção de ganhos em saúde, e de menor presentismo e absentismo, é necessária mais investigação sobre a interação entre o *status* de emprego, o nível educacional, o *status* socioeconómico e os fatores psicossociais ligados ao emprego, com a saúde e com a necessidade de recurso ao sistema de saúde (Bartley & Owen, 2001); (171) (459).

*A hipótese é parcialmente suportada pelos dados (apenas para alguns stressores), rejeitando a hipótese nula e a hipótese alternativa.*

Vai ao encontro do modelo concetual e do modelo de análise, respetivamente apresentados nos capítulos 1.2 e 2.4, contudo as variáveis ‘controlo’, ‘relações no trabalho’

e ‘sobrecarga laboral’ não revelaram impacte no presentismo absoluto ao contrário do modelo clássico de Karasek.

*Relativamente à Hipótese HI.3:* O efeito das variáveis ‘compromisso do colaborador face à organização’ e ‘compromisso da organização face ao colaborador’, no presentismo absoluto, é mediado pela saúde mental.

O efeito da perceção dos colaboradores, relativamente ao compromisso da organização a seu respeito, no presentismo absoluto, ocorre indiretamente através da saúde mental.

O efeito da variável “compromisso do colaborador face à organização”, no presentismo absoluto, ocorre diretamente (e não via o seu impacte no bem-estar psicológico) quando controlado (removido) o efeito do compromisso da organização face ao colaborador.

De acordo com a literatura, análises de mediação realçam que o ‘compromisso do colaborador face à organização’ e o ‘compromisso da organização face ao colaborador’ exercem um efeito mediador do impacte de *stressores* organizacionais sobre a saúde física e o bem-estar psicológico (458).

*A hipótese é suportada pelos dados, para o primeiro efeito; a hipótese não é suportada pelos dados, para o segundo efeito.*

Vai ao encontro do modelo concetual e do modelo de análise, respetivamente apresentados nos capítulos 1.2 e 2.4., exceto no que se refere ao segundo efeito.

*Relativamente à Hipótese HI.4:* Menos de metade da população da amostra tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa.

Auto-perceção: 63.5% classifica o estado de saúde “bom”; os homens atribuem mais vezes “bom”.

Verificou-se que mais de metade dos inquiridos apresenta uma auto-perceção positiva do seu estado global de saúde ao contrário de dados da OCDE em que menos de

metade da população adulta em Portugal tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa. Esta tendência tem-se mantido e dados de 2016 revelam que em Portugal mulheres com mais de 15 anos que reportam uma saúde boa ou muito boa é apenas 43,3% e homens com mais de 15 anos com saúde boa ou muito boa é 52,5% (451).

Conforme referido no capítulo da introdução da tese, o capital económico tem uma influência acrescida no estado percebido de saúde e os dados estatísticos mostram que este indicador subjetivo varia de acordo com as diferenças no nível de rendimento. Dados da OCDE (75) mostram que a percentagem de pessoas relatando estar de boa saúde é sempre maior para as pessoas com maiores níveis de rendimento do que para indivíduos com menores rendimentos. Estas discrepâncias são particularmente maiores em países europeus como a Alemanha, a Eslovénia, a Finlândia, a República Checa, a Estónia e Portugal (Figura 4).

*A hipótese nula é aceite e a hipótese alternativa é rejeitada.*

Preditores da perceção de saúde: exercício físico, medicação receitada e equilíbrio trabalho-família.

Estes preditores deverão ser tomados em linha de conta em futuros estudos ou no desenho de programas de promoção da saúde.

Relativamente à Hipótese HI.5, esta tem duas componentes:

- i) Há diferenças de resiliência consoante o sexo.
- ii) Há diferenças de resiliência consoante o grupo funcional (*blue-collars* são menos resilientes).

Perante níveis baixos de *stress*, as mulheres são mais resilientes; com níveis médios, altos ou muito altos de *stress*, os homens têm maior resiliência.

*White-collar* nível 1 (este nível corresponde a “gestão de topo” e “gestão intermédia”): o mais resiliente; face a baixo *stress*, a resiliência é semelhante nos três grupos de funções.

*Stress* baixo ou médio causado pelo equilíbrio trabalho-família: *white-collar* nível 2 (este nível corresponde a “comercial com coordenação” e “técnico”) e *blue-collar* (este nível corresponde a “comercial”, “administrativo” ou “outro”) menos resilientes que *white-collar* nível 1.

*Stress* elevado ou muito elevado: *blue-collar* menos resilientes que *white-collar*.

Tradicionalmente, os *white-collar* têm um grau elevado de satisfação no emprego, graus mínimos de conflitos interpessoais e de comportamentos contraprodutivos. Nos *blue-collar*, encontram-se níveis reduzidos de satisfação no emprego e graus elevados de conflitos interpessoais e de comportamentos contraprodutivos (152).

Um estudo (153) examinou o grau em que os trabalhadores *blue-collar* e os *white-collar* conceitualizam de forma diferente várias facetas do emprego, nomeadamente, o trabalho propriamente dito, colegas, supervisores, e o pagamento. Os resultados revelaram que os *white-collar* faziam uma avaliação mais diferenciada e multidimensional destas facetas comparativamente aos *blue-collar*.

A cor do colarinho (*collar*) foi demonstrada como uma variável moderadora em medidas de *stress* laboral e de tensão (*strain*) no emprego, com diferenças significativas no conflito consoante a função, segurança no trabalho, sobrecarga laboral, e utilização de aptidões no que se refere às diferentes tensões (154).

Atualmente, os estudos dos ambientes laborais e dos trabalhadores tornaram-se mais complexos e, além do *stress* laboral, têm estado em foco novas variáveis, tais como presentismo, absentismo, controlo e conciliação trabalho-família.

*A hipótese nula é rejeitada e a hipótese alternativa é suportada pelos dados.*

Vai ao encontro do modelo concetual e do modelo de análise, respetivamente apresentados nos capítulos 1.2 e 2.4.

*Relativamente à Hipótese HI.6:* Há associação entre presentismo e absentismo.

Correlação negativa: com o aumento de nível de desempenho diminui o número de dias de faltas ao trabalho.

A identificação dos preditores de absentismo prolongado (174) nomeadamente por causa psiquiátrica, e dos indicadores de presentismo, diminuição da qualidade de trabalho e produtividade (175), relacionados com problemas de saúde e ambiente psicossocial no trabalho, bem como as intervenções conducentes à melhoria das condições psicossociais no local de trabalho, com impacte na redução dos níveis de absentismo (176) por causa psiquiátrica e de presentismo (130) têm sido áreas de investigação prioritárias.

*A hipótese nula é rejeitada e a hipótese alternativa é suportada pelos dados.*

Vai ao encontro do modelo concetual e do modelo de análise, respetivamente apresentados nos capítulos 1.2 e 2.4.

*Relativamente à Hipótese HI.7:* Há associação entre absentismo e sofrimento psicológico.

Correlação positiva: trabalhadores calmos e mais felizes faltam menos ao trabalho.

O ónus das Perturbações Mentais Comuns (PMCs) é pouco reconhecido nos países em desenvolvimento, apesar da forte evidência relativa ao seu impacte social (5). Espera-se que, em 2020, a depressão seja a segunda perturbação mais comum no mundo, atrás da cardiopatia isquémica, e que corresponda a 15% do total de custos com a carga global de doença (31). A probabilidade de absentismo por razões de saúde é duas vezes maior para empregados com sintomas de depressão.

Outros investigadores concluíram haver uma associação significativa entre sintomas de depressão e efetividade reduzida no trabalho. Num ano do estudo, as probabilidades de efetividade diminuída no trabalho em pessoas com sintomas crónicos de depressão foi sete vezes mais do que a das pessoas sem sintomas de depressão (197).

No entanto, a depressão e a ansiedade são mais consistentemente associadas ao presentismo do que ao absentismo e há uma associação forte entre aspetos da baixa qualidade laboral e a depressão e ansiedade incidentes (199).

O atual mercado laboral funciona com base em processos de flexibilidade e promove um cenário de instabilidade com consequências para a saúde dos empregados. Assim, a insegurança laboral em processos de *downsizing* (em que uma organização reduz a sua força laboral através da eliminação natural, reforma antecipada ou redundância) (104) está associada a sofrimento psicológico (104) (105), mudanças nos comportamentos relacionados com saúde (106) (107) e mortes cardiovasculares (108). Também a perceção de baixa segurança laboral foi associada a autorrelatos de problemas de saúde e a elevados níveis de sofrimento psicológico em ambos os géneros e a doença crónica nas mulheres, de acordo com Virtanen et al. (109).

*A hipótese nula é rejeitada e a hipótese alternativa é suportada pelos dados.*

Vai ao encontro do modelo concetual e do modelo de análise, respetivamente apresentados nos capítulos 1.2 e 2.4.

Relativamente à Hipótese HI.8, esta tem duas componentes:

- i) Há mais presentismo do que absentismo.
- ii) As mulheres têm mais absentismo e mais sofrimento psicológico.

79% “bom desempenho” (últimas 4 semanas), ou seja, sem presentismo;

79.3% não faltou (últimos 3 meses), isto é, sem absentismo;



Na amostra estudada, os valores de presentismo e absentismo estão sobreponíveis.

As mulheres dão mais 2 a 5 faltas (ausência do trabalho);

Mulheres mais vezes deprimidas e “nervosas”.

De acordo com a evidência, o presentismo refere-se à situação em que um empregado comparece no trabalho, mas devido a doença (física ou mental) é incapaz de trabalhar na sua capacidade total (199). Os dados acerca do presentismo associado a sofrimento psicológico mostram que este é 1.8 vezes mais frequente do que o absentismo. Também 22.3% dos trabalhadores têm problemas de saúde mental (15.4% se excluirmos a dependência de álcool e drogas) e 1 em cada 5 trabalhadores sofre de depressão, ansiedade ou outro problema de saúde mental (130).

As taxas mais elevadas de incidência e prevalência de depressão nas mulheres (452) podem igualmente explicar os resultados no estudo, com mulheres mais vezes deprimidas e “nervosas”. Além disso, e apesar da legislação mais recente de proteção da parentalidade, “as mulheres dão mais 2 a 5 faltas”.

Por outro lado, num estudo transversal de 1046 empregados bancários, levado a cabo no norte do Brasil, Valente et al. (353) concluíram que condições psicossociais adversas no local de trabalho, como uma pressão elevada, um baixo suporte social, e um esforço elevado associado a baixa recompensa, e sobrecompromisso mostraram uma forte associação com níveis elevados e moderados de *burnout*, sendo estas associações independentes da idade, do género e de outras características ocupacionais.

*A hipótese é parcialmente suportada pelos dados, rejeitando a hipótese nula e a hipótese alternativa.*

*Perante certos resultados adicionais:*

*Natalidade*

Em relação à pergunta sobre a decisão de ter ou não filhos nos próximos 3 anos, metade dos inquiridos (50,4%) afirmou que definitivamente não planeia fazê-lo, 21,7% considera que provavelmente não o fará, 13,09% considera que provavelmente planeia ter filhos nos próximos 3 anos, 5,9% afirma que definitivamente planeia ter filhos e apenas 1,2% afirma que irá ter um filho em breve.

Na maioria dos casos, as 4 principais razões para não ter filhos nos próximos 3 anos são o facto de o inquirido estar satisfeito com o número de filhos que tem atualmente, ser uma opção pessoal/do casal/do cônjuge, estar relacionado com a idade e por motivos de dificuldades financeiras.

Apesar das mudanças legislativas, com alargamento da duração das licenças, aumento dos incentivos, e maior abertura às licenças partilhadas entre mães e pais, Portugal, como a generalidade dos designados países desenvolvidos, debate-se nas últimas décadas com um decréscimo acentuado da natalidade e com o envelhecimento da população. Isto tem consequências sociais e económicas a médio e longo prazo. Por outro lado, a porventura ainda insuficiente proteção da parentalidade, incluindo os apoios às crianças durante a infância, para ambos os pais poderem trabalhar, apresenta consequências, no imediato, na saúde física e mental dos próprios trabalhadores e subsequente produtividade, assim como na saúde dos seus filhos.

De acordo com a literatura, o impacto do trabalho e do emprego flexível, entendido como trabalho com contratos de duração determinada, do trabalho temporário, trabalho independente e trabalho a tempo parcial, na saúde mental e bem-estar, na equidade em saúde e na natalidade, tem sido objeto de investigação (156) (157) (158) (159).

#### *Impacte da crise económica*

Do total de 405 inquiridos, 82% considera que a crise económica está a ter um impacto no seu bem-estar e apenas 18% considera o contrário. Isto está em linha com a literatura (195) e, mais recentemente, com um artigo do qual foi co-autora e que se junta no apêndice F.2 (Martin-Carrasco M, Christodoulou NG, Evans-Lacko S, Dom G, Samochowiec J, González-Fraile E, Bienkowski P, Durkee T, Gómez-Beneyto M, **Heitor dos Santos MJ**, Wasserman D. *EPA Guidance on Mental Health and Economic Crises in Europe*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2016; 266 (2): 87–8. DOI: 10.1007/s00406-016-0681-x).

### *Satisfação com o trabalho*

A análise descritiva permitiu verificar que em cerca de metade dos casos (48,1%), os trabalhadores encontram-se satisfeitos com o trabalho a ponto de não estarem ativamente à procura de emprego. Num estudo europeu, que utilizou dados do *European Working Conditions Survey* de 2010, foi analisada a relação entre qualidade de emprego e a saúde e bem-estar dos trabalhadores europeus. As conclusões indicam que, entre os trabalhadores europeus com salário, o emprego flexível e não padronizado está tendencialmente associado a uma menor satisfação laboral, à saúde geral e à saúde mental. A qualidade do emprego está assim identificada como um importante determinante social da saúde, gerando desigualdades, na Europa (321). No capítulo 1.1.29 estão revistos alguns aspetos ligados à satisfação laboral.

### *Conciliação trabalho-família*

Mais de metade (52,6%) dos inquiridos concorda que o trabalho interfere com a sua vida familiar e pessoal, dos quais, 49,8% são do sexo masculino e 50,2% são do sexo feminino, pelo que parece haver consenso relativamente a esta questão independentemente do sexo.

As relações trabalho-família (TF) / trabalho-vida foram identificadas como as principais causas de *stress* e a qualidade desta interface pode manifestar-se como um problema de saúde pública no século XXI (386). Nos homens e nas mulheres, problemas de saúde mental e perturbações mentais comuns estão associados a conflitos trabalho-família (TF) e família-trabalho (FT) e aos conteúdos psicossociais dos múltiplos papéis no seio do trabalho e da família (387).

Globalmente, os resultados do estudo central da tese responderam às questões inicialmente colocadas e as análises estatísticas efetuadas estudaram as hipóteses formuladas e conduziram a resultados que permitiram a elaboração de artigos científicos.

As questões éticas e de proteção de dados foram asseguradas no desenho do estudo, bem como o acautelar situações clínicas de risco que eventualmente surgissem, durante o

trabalho de campo, com o encaminhamento à saúde ocupacional ou ao médico assistente /médico de família.

#### 5.4 Contributos e implicações do estudo

Do atrás discutido, há um conjunto de contributos científicos desta tese dos quais se realçam:

##### Validação de instrumentos

- ✓ Validação (e tradução, em alguns casos) de instrumentos: ASSET (*stress* laboral); CD-RISC (resiliência); Satisfação no trabalho (versão de 7 itens), que também vão ser essenciais em estudos futuros deste âmbito, inclusivamente, na sequência de um dos trabalhos publicados, a autora da tese já tem sido contactada por investigadores nacionais e Brasileiros com pedidos de acesso à versão Portuguesa do ASSET.

##### Absentismo

- ✓ Reforço da associação entre absentismo e sofrimento psicológico, o que vem sublinhar o peso das Perturbações Mentais Comuns (PMCs) na carga de doença, incluindo o peso da morbilidade psiquiátrica nas causas de incapacidade temporária (“baixas”) e o seu impacte na produtividade das organizações.

##### Preditores de saúde

- ✓ Identificação de preditores de saúde para a autoperceção do estado de saúde que deverão ser tomados em linha de conta em estudos futuros ou no desenho de programas de promoção da saúde.

##### Presentismo

- ✓ Estudo do papel mediador da saúde mental e do bem-estar psicológico, no efeito de uma série de determinantes psicossociais, sobre o presentismo, em contexto laboral.

### Controlo

- ✓ Papel da variável 'controlo' em contexto laboral, entre outros determinantes, que não se revelou como preditor significativo de presentismo, o que vem ao encontro das críticas que têm sido reportadas relativamente ao modelo clássico de Karasek.

### Resiliência

- ✓ Identificação da influência de fatores individuais, nomeadamente ligados ao sexo, na resiliência, face a diferentes níveis de *stress* (com níveis baixos de *stress*, as mulheres são mais resilientes; com níveis médios, altos ou muito altos de *stress*, os homens têm maior resiliência) e genéticos (genes *COMT* e *FKBP5*), como moduladores da variabilidade na resiliência.

### *White e blue collars*

- ✓ Reconhecimento da influência de fatores ambientais e psicossociais (grupo funcional do trabalhador, recuperando os tradicionais *white* e *blue collars*), face a diferentes níveis de *stress* em que, perante baixo *stress*, a resiliência é semelhante nos diferentes grupos de funções. No entanto, com *stress* elevado ou muito elevado, os *blue-collars* são menos resilientes que os *white-collars*.

O estudo global da tese e os estudos parcelares que foram levados a cabo estão, no global, em consonância com a literatura. Embora, na generalidade, repliquem muitos dos achados descritos na Introdução houve, contudo, certos resultados que não estão em conformidade com outros estudos, conforme se aponta neste capítulo de Discussão.

Finalmente, o modelo concetual que serviu de base ao trabalho global da tese e a alguns estudos mais específicos, bem como o modelo de análise de variáveis, revelaram ser referências fundamentais na prossecução do trabalho. Os resultados encontrados ilustram bem a complexidade do contexto laboral e da interrelação entre o trabalhador como indivíduo e a organização, assim como a relação entre o trabalho e a família.

---

A discussão dos métodos e resultados, bem como a identificação de limitações e contributos dos estudos da tese, vêm consolidar os objetivos gerais desta investigação. Deste modo, aprofundou-se o conhecimento sobre determinantes organizacionais (no trabalho e na conciliação trabalho-família), psicossociais e biológicos, com impacto na saúde mental e bem-estar e, conseqüentemente, no absentismo e presentismo de trabalhadores da amostra. Identificaram-se e caracterizaram-se o presentismo, o absentismo e o sofrimento psicológico. Determinaram-se associações entre fatores psicossociais, saúde mental e resiliência.

A consecução dos objetivos, gerais e específicos, inicialmente propostos, fecha o círculo do raciocínio científico que pautou este trabalho, apesar de todos os avanços e recuos, dificuldades e gratificações que se foram vivenciando.

Na sua maioria, pode-se afirmar que as lacunas nas cinco áreas elencadas no início do capítulo 1 da Introdução (i) necessidade de novos modelos de *stress* laboral, ii) escassez de escalas, em Portugal, nesta área, iii) escassez de estudos com as componentes psicossocial e biológica em simultâneo, iv) necessidade de melhor conhecimento dos mecanismos subjacentes à intervenção em promoção da saúde mental e prevenção da doença mental em contexto laboral e v) necessidade de realização de estudos direcionados para os determinantes psicossociais com trabalhadores, visando a ulterior aplicação de metodologias de avaliação de impacte na saúde mental e bem-estar, foram amplamente colmatadas.

O presente estudo, observacional, teve um enfoque primordial nos determinantes biopsicossociais (nos quais se procurou incorporar diferentes modelos, para lá do modelo de Karasek e Theorell) e um foco no presentismo, na resiliência, na saúde mental e bem-estar.

Pode ser considerado como um estudo comunitário, numa organização empresarial, a CEMG, de objetivação de necessidades para etapas seguintes de intervenção em termos de promoção da saúde mental.

Ao se terem estudado e “testado” hipóteses para se dar resposta a 13 objetivos específicos (além de mais três inerentes à validação de instrumentos, num total de 16), os resultados obtidos podem ser uma base para ações em promoção da saúde mental e prevenção da doença mental em meio laboral e na conciliação trabalho-família, prevenção de comorbilidades somáticas, nomeadamente cardiovasculares, numa perspetiva de políticas públicas saudáveis, saúde mental em todas as políticas (SMETP) e saúde mental pública.







**CAPÍTULO 6**  
**CONCLUSÕES**



## CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES

### 6.1 Principais conclusões

Com base nos resultados obtidos nos estudos desenvolvidos atingiram-se, no global, os objetivos gerais e específicos inicialmente propostos.

Consideram-se dois tipos de conclusões, designadamente a) Na perspetiva de um conjunto de domínios e b) Na ótica da concretização das hipóteses de investigação.

a) Na perspetiva de um conjunto de domínios, apresentam-se conclusões relativamente aos seguintes: i) determinantes psicossociais no trabalho; ii) determinantes biológicos; iii) preditores de resiliência; iv) auto-perceção do estado global de saúde; v) preditores da perceção de saúde; vi) resiliência consoante o sexo e o grupo funcional; vii) presentismo, absentismo e sofrimento psicológico.

#### i) Determinantes psicossociais no trabalho

Enquanto que certos fatores tais como ‘Recursos e Comunicação’, ‘Equilíbrio trabalho-família’, ‘Aspetos do trabalho’, ‘Segurança no emprego’, ‘Compromisso do colaborador face à organização’ e ‘Compromisso da organização face ao colaborador’ têm um efeito no presentismo, outros, como sejam, ‘Controlo’, ‘Relações no trabalho’ e ‘Sobrecarga laboral’ não se revelaram preditores significativos.

Nos primeiros, este efeito é mediado total (ou, parcialmente, no caso do ‘Equilíbrio trabalho-família’ e ‘Aspetos do trabalho’) pelo bem-estar psicológico (saúde mental).

Também esse efeito pode ser mediado parcialmente pelo bem-estar psicológico, e ser um efeito positivo (no ‘Equilíbrio trabalho-família’) ou negativo (em ‘Aspetos do trabalho’).

A ‘Segurança no emprego’, tem efeito negativo no presentismo absoluto, efeito esse que não é mediado pelo bem-estar psicológico.

Quanto ao determinante ‘Compromisso do colaborador face à organização’, tem um efeito direto no presentismo absoluto (e não via o seu impacte no bem-estar psicológico),

enquanto o determinante ‘Compromisso da organização face ao colaborador’ tem um efeito indireto no presentismo absoluto, efeito esse mediado através do bem-estar psicológico.

Os determinantes ‘Controlo’, ‘Relações no trabalho’ e ‘Sobrecarga laboral’ não se revelaram como preditores significativos.

ii) Determinantes biológicos

Os indivíduos que apresentam preditores psicossociais associados a baixa resiliência têm resultados significativos para os genes *COMT* e *FKBP5* que estão, pois, ligados à influência na resiliência, ou seja, na capacidade de lidar com o *stress* de forma adaptativa e positiva.

iii) Preditores de resiliência

Foram identificados preditores de maior resiliência (interesses ou *hobbies*, menor presentismo e genótipo AA no polimorfismo rs 4713916 do gene *FKBP5*) e de menor resiliência (absentismo por problemas psicológicos, saúde mental muito pobre, níveis muito altos de *stress* devido à sobrecarga laboral, ansiedade crónica e genótipo AA no polimorfismo rs4680 do gene *COMT*).

iv) Auto-perceção do estado global de saúde

Contrariamente aos dados da OCDE em que menos de metade da população adulta em Portugal tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa, na amostra estudada de trabalhadores mais de metade apresenta uma auto-perceção positiva do seu estado global de saúde.

v) Preditores da percepção de saúde

O exercício físico (quanto mais elevado o indicador de exercício físico melhor a percepção de saúde), a medicação prescrita (quanto maior o número de medicamentos prescritos a serem tomados menor a percepção de saúde) e o equilíbrio trabalho-família (quanto menor o equilíbrio menor a percepção de saúde) foram aspetos que se identificaram como preditores na percepção de uma melhor ou pior saúde.

vi) Resiliência consoante o sexo e o grupo funcional

Há diferenças na resiliência consoante o sexo e o grupo funcional. Perante níveis baixos de *stress*, as mulheres são mais resilientes, embora com níveis médios, altos ou muito altos de *stress*, os homens apresentam maior resiliência.

Em relação ao grupo funcional e se considerarmos a nomenclatura tradicional que tem sido recentemente recuperada na literatura, os *white-collars* nível 1 (este nível corresponde a “gestão de topo” e “gestão intermédia”) é o mais resiliente. Contudo, face a baixo *stress*, a resiliência é semelhante nos três grupos de funções.

Ainda entre grupos funcionais, em relação a *stress* associado ao equilíbrio trabalho-família, os *white-collars* nível 2 (este nível corresponde a “comercial com coordenação” e “técnico”) e os *blue-collars* (corresponde a “comercial”, “administrativo” ou “outro”) são menos resilientes que *white-collars* nível 1, relativamente a *stress* baixo ou médio.

Os *blue-collars* são menos resilientes que os *white-collars* perante *stress* elevado ou muito elevado.

vii) Presentismo, absentismo e sofrimento psicológico

Ao se considerarem estas três dimensões, constata-se que trabalhadores calmos e mais felizes faltam menos ao trabalho. Quanto ao presentismo e absentismo, em termos de prevalência são sobreponíveis, o que vem contrariar a literatura, em que geralmente é reportado mais presentismo do que absentismo.

Na nossa amostra de trabalhadores, há diferenças de sexo, em que as mulheres dão mais 2 a 5 faltas (ausência do trabalho) e estão mais vezes deprimidas e “nervosas”.

b) Na ótica da concretização das hipóteses de investigação:

*Quatro Hipóteses de Investigação (HI) são suportadas pelos dados*

1. Há preditores, psicossociais e biológicos, de maior e menor resiliência nos trabalhadores.
2. Há diferenças de resiliência consoante o sexo e o grupo funcional (profissional).
3. Há associação entre presentismo e absentismo.
4. Há associação entre absentismo e sofrimento psicológico.

*Três HI são parcialmente suportadas pelos dados*

1. Os *stressores* organizacionais (determinantes psicossociais) têm impacte no presentismo absoluto, através do efeito do bem-estar psicológico dos trabalhadores.
2. O efeito das variáveis, ‘compromisso do colaborador face à organização’ e do ‘compromisso da organização face ao colaborador’, no presentismo absoluto, é mediado pela saúde mental.
3. Há mais presentismo do que absentismo e as mulheres têm mais absentismo e mais sofrimento psicológico.

---

*Uma HI não é suportada pelos dados:*

1. Menos de metade da população da amostra tem uma auto-perceção de saúde global boa ou muito boa.

Espera-se que estes resultados possam ser uma base para permitir o desenho, planeamento e implementação de ações no âmbito da promoção da saúde mental no trabalho, visando maior produtividade da organização, mais equilíbrio trabalho-família e bem-estar do trabalhador.

O local de trabalho tem sido alvo de investigação em saúde pública e, mais recentemente, em saúde mental pública pelo leque de riscos psicossociais envolvidos, assim como, por se constituir um ambiente-chave de intervenção em promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

A maioria da população adulta passa grande parte do seu tempo no local de trabalho e este deveria proporcionar ao indivíduo um sentido de identidade e de dignidade, significado de vida, pertença, suporte social e participação.

Tal nem sempre se verifica e, pelo contrário, o local de trabalho pode levar a sofrimento psicológico e morbilidade psiquiátrica, com consequente perda de produtividade associada a níveis elevados de presentismo (o trabalhador, embora esteja no seu local de trabalho, tem uma má qualidade na sua atividade laboral, devido a problemas de saúde mental e/ou física) e, também, com consequências no absentismo e reforma prematura.

Conforme já referido no capítulo da Discussão, considera-se que na essência se atingiram os objetivos propostos. Voltando, mais uma vez, aos pontos elencados no início da Introdução da tese, os trabalhos desenvolvidos (alguns ainda em curso, relativos à divulgação científica dos resultados) conseguiram colmatar certas lacunas, até aqui existentes, na área dos determinantes e do *stress* laboral.

## 6.2 Perspetivas futuras

O passo seguinte, já iniciado ao nível de outros projetos em áreas afins, nos quais tem participado (como coordenadora e investigadora principal) será:

- Desenhar programas de intervenção dirigidos não só aos trabalhadores, como também junto das chefias, ao nível dos estilos de liderança.
- Criar programas de intervenção breves, com potencial de promoção de *job engagement* e bem-estar psicológico, redução de *burnout* e de presentismo.
- Promover medidas de reintegração laboral precoce para aqueles indivíduos com situações de “baixas” prolongadas associadas a morbilidade e incapacidade psiquiátricas.
- Apostar na literacia em saúde e saúde mental e promover locais de trabalho saudáveis e “amigos” da família, com o envolvimento dos trabalhadores, recursos humanos e saúde ocupacional.
- Continuar a investigar o potencial determinístico de características demográficas, socioeconómicas, individuais (incluindo as biológicas), familiares e laborais relacionadas com o *status* individual de emprego e com a procura de cuidados de saúde, sempre que necessário.
- Estudar o estigma no local de trabalho, associado a problemas de saúde mental dos trabalhadores, nomeadamente com doenças mentais comuns (depressão e ansiedade) e como ultrapassá-lo.

A perceção de *stress* detetada na análise dos dados colhidos na amostra de trabalhadores estudada é similar a outros dados internacionais. Preditores de produtividade identificados e fatores indutores de *stress* e outros que, direta ou indiretamente, contribuam para presentismo e absentismo, são essenciais para a elaboração de um conjunto de recomendações.

A submissão destas recomendações a metodologias de avaliação de impacte na saúde, área sobre a qual a autora da tese se tem debruçado e de que já resultaram publicações (Apêndices F e H), com particular atenção à saúde mental e bem-estar, levará à



identificação de potenciais repercussões, positivas e porventura algumas negativas, decorrentes da implementação dessas recomendações.

A elaboração e desenvolvimento de intervenções no âmbito da promoção da saúde mental e redução de iniquidades em saúde, no contexto laboral, conduzirão à adequação de determinantes biopsicossociais múltiplos o que terá, necessariamente, impactes positivos no bem-estar dos trabalhadores, equidade em saúde, trabalho e produtividade.

Os impactes esperados estão alinhados com as prioridades do Plano Nacional de Saúde e de estratégias nacionais e internacionais do Emprego que valorizam fatores individuais e riscos psicossociais, assim como do Programa Nacional de Saúde Mental e de iniciativas que têm sido levadas a cabo, neste âmbito, ao nível da Direção-Geral da Saúde.

Espera-se que esta investigação possa contribuir para um melhor conhecimento das interações complexas entre *stress* associado ao ambiente psicossocial no trabalho, saúde mental, bem-estar e produtividade, assim como para um processo de *capacity building* nestas áreas, dadas as necessidades impostas por permanentes ciclos de inovação.

Conforme Loureiro et al. (456), há diferentes paradigmas de aprendizagem e de metodologias em promoção da saúde, com ênfase no *empowerment* das comunidades e organizações, como forma de aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades, sublinhando igualmente a literacia em saúde.

A literacia é um determinante chave da saúde e pode ser definida (460) como o conjunto de conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender e aplicar informação em saúde, de modo a fazer julgamentos e tomar decisões na vida diária relativamente a cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso de vida.

No projeto Emprego Saudável, do qual foi coordenadora e investigadora principal, a intervenção central do projeto foi precisamente a capacitação de desempregados e de profissionais que lidam com estas populações vulneráveis, nomeadamente, em literacia em saúde mental.

Atualmente, os estudos dos ambientes laborais e dos trabalhadores tornaram-se mais complexos e, além do *stress* laboral, têm estado em foco novas variáveis, tais como presentismo, absentismo e conciliação trabalho-família.

De acordo com a evidência científica, fatores associados ao emprego, organização do trabalho, ambiente de trabalho e conciliação trabalho-família têm impacte na saúde mental, na decisão de ter filhos e no bem-estar dos trabalhadores, sendo que alguns destes aspetos foram reportados nos resultados adicionais da tese (capítulo 4.10).

Antes da implementação de qualquer destes programas, é fundamental, *a priori*, avaliar o impacte na saúde mental, na satisfação no trabalho, no presentismo e absentismo e no equilíbrio trabalho-família, das medidas que se pretendam implementar, com vista à redução de desigualdades em saúde e como medida de aplicar, de forma criteriosa, os recursos disponíveis. É igualmente importante estabelecer um conjunto mínimo de indicadores de monitorização e de avaliação destes programas.

O desenvolvimento e implementação de políticas públicas saudáveis com impacte na família, na natalidade e no emprego permitem melhorar a saúde e o bem-estar das populações e das comunidades, conduzindo a uma maior riqueza das sociedades e a uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

Termina-se, recorrendo a uma frase já elaborada na Introdução:

Pretende-se que os resultados alcançados na tese possam ser um contributo para o conhecimento científico nesta área e de apoio e informação aos decisores. Seja a nível local, da organização em que decorreu a investigação e organizações similares, seja a outros níveis de decisão, os resultados obtidos poderão apoiar o desenvolvimento e implementação de políticas públicas saudáveis, tendo em vista ganhos em saúde e redução de desigualdades, numa perspetiva de saúde mental em todas as políticas.



## REFERÊNCIAS



## Referências

1. **Ribeiro, G.** *Novo Manual de Investigação*. Lisboa : Contraponto, 2018.
2. **Direção-Geral da Saúde.** *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa : DGS, 2015.
3. —. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa : DGS, 2012.
4. —. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa : DGS, 2004.
5. —. *Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º Ciclo - 2013/2017*. Lisboa : DGS, 2013.
6. —. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resolução do Conselho de Ministros nº49/2008 de 6 de Março, DR 1ª série, nº47*. Lisboa : DGS, 2007.
7. **World Health Organization.** *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004-2010*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2010.
8. **Marmot M, Wilkinson R.** *Social Determinations of Health* 2nd Ed. Oxford. [Online] Oxford University Press, 2006. <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001/acprof-9780198565895>.
9. **World Health Organization.** *Report on Social determinations of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen : WHO, 2013.
10. —. *Mental health policies and programmes in the workplace*. [Online] Who, 2005. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/13\\_policies\\_programs\\_in\\_workplace\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/13_policies_programs_in_workplace_WEB_07.pdf).
11. **Organization for Economic Cooperation and Development.** *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris : OECD, 2015.
12. **Smith, GD.** *Health inequalities: Lifecourse approaches. Studies in poverty, inequality and social exclusion*. Bristol : Policy Press, 2005.
13. **Krieger, N.** *Embodying Inequality: Epidemiologic Perspectives*. New York : Baywood Publishing Company, 2005.
14. **Jané-Ilopis, E, et al.** *Evidence in Public Mental Health-Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer*. Lisboa : INSA, 2010.
15. **Skagen, K e Collins, AM.** *The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: a systematic review*. s.l. : Soc Sci Med, 2016, pp. 161:169-77.
16. **Biron, C, et al.** *At work but ill: psychosocial work environment and wellbeing determinants of presenteeism propensity*. [Online] 2006. <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/17465729200600029>.
17. **Bierla, I, Huver, B e Richard , S.** *New Evidence on absenteeism and presenteeism*. 24(7):1536-50. s.l. : Int J Hum Resour Manag, 2013, pp. 24(7):1536-50.

18. **Byron, K.** A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *s.l. : j Vocat Behav*, 2005, pp. 67(2):169-98.
19. **Schaufeli, WB, et al.** Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int.* [Online] 2009. <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/schaufeli/311.pdf>.
20. **Chambel, MJ e Castanheira, R.** Training opportunities and employee exhaustion in call centres: mediation by psychological contract fulfilment. [Online] 1 de jun de 2012. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-2419.2011.00394.x>.
21. **Unterbrink, T, et al.** Burnout and effort-reward imbalance improvement for teachers by a manual-based group program. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012, pp. 85(6):667-74.
22. **Baumann, A e Muijen, M.** *Mental health and wellbeing at the workplace: protection and inclusion in challenging times*. Copenhagen : WHO, 2010.
23. **European Commission.** Joint action on mental health and wellbeing: Mental Health in All Policies: situation analysis and recommendations for action. [Online] 2016. <http://www.app.com.pt/relatorio-nacional-e-u-joint-action-mental-health-ve>.
24. **Barry, MM e Jenkins, R.** *Implementing Mental Health Promotion*. 1st ed. London : Churchill Livingstone, 2007.
25. **World Health Organization.** Promoting mental health: Concepts, Emerging evidence, Practice. Summary Report. 2004.
26. —. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Summary report. [ed.] WHO. 2004.
27. **European Commission.** Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on an EU Strategic Framework on Health and Safety at Work 2014-2020. 2014.
28. —. Europe 2020 Strategy. 2015.
29. **Portugal. Conselho de Ministros.** Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho, para o período 2008-2012. Resolução de Conselho de Ministros n.o 59/2008 de 1 de Abril, Diário da República, 1a Série. [Online] 2008. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/246531/details/maximized>.
30. **Heitor dos Santos, MJ e Holte, A.** *Mental Health in Labour Policies in Joint Action on Mental Health and Wellbeing-Policy Brief*. 2016.
31. **Murray, CL e Lopez, AD.** *The Global Burden of Disease*. Geneva : WHO, 1996.
32. **Caldas de Almeida, JM e Xavier, M.** Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 2009.

33. **Horta-Osório, A.** It's time to end the workplace taboo around mental health. [Online] 2018. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/may/01/removeing-taboo-mental-health-work-lloyds-banking-group-antonio-horta-osorio>.
34. **World Health Organization.** World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (summary report). 2004.
35. **Galderisi, S, et al.** Toward a new definition of mental health. 2015, pp. 14(2):231–233. doi:10.1002/wps.20231.
36. **Barry, MM.** Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. s.l. : Int J Ment Heal Promot, 2009, pp. 11(3):4–17.
37. **Keyes, CLM.** Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. [Online] 2005;73(3):539–48. <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/191.pdf>.
38. **World Health Organization.** Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. 2014.
39. **Vaillant, GE.** Positive mental health: is there a cross-cultural definition? s.l. : World Psychiatry, 2012, pp. 11(2):93–9.
40. **Karlsson, H.** Problems in the definitions of positive mental health. s.l. : World Psychiatry, 2012, pp. 11(2): 106–7.
41. **Murray, CJL, et al.** Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. s.l. : Lancet, 2012, p. 2012;380(15):21.
42. **Joint Commissioning Panel for Mental Health.** Guidance for commissioning public mental health services. 2015.
43. **Dalgard, OS, et al.** Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. [Online] Jun de 2006 [cited 2014 Jan 28];41(6):444–51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16572275>.
44. **Dalgard, OS.** *Community health profile as tool for psychiatric prevention.* [ed.] Promotion of mental health. Aldershot: Avebury. s.l. : In: DR Trent, C. Reed, 1996.
45. **Nosikov, A e Gudex, C.** *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys.* s.l. : Amsterdam: IOS Press, 2003.
46. **Kessler, RC e Üstün, BB.** The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). s.l. : Int J Methods Psychiatr Res, 2004, pp. 13(2):93–117.
47. **Chen, WQ, et al.** Work stress and depression: the direct and moderating effects of informal social support and coping. [Online] 2009;25(5):431–43. <http://doi.wiley.com/10.1002/smi.1263>.

48. **Sen, A.** *L'idée de justice (The idea of justice). Traduit de l'anglais par Paul Chemla avec la collaboration d'Eloi Laurent.* Paris : Flammarion, 2009.
49. —. From Income Inequality to Economic Inequality. s.l. : South Econ J, 1997, pp. 64(2):384–401.
50. **Nussbaum, MC.** Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. [Online] Fem Econ, 2005:9(2-3): 33–59. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1354570022000077926>.
51. **Diener, E, Oishi, S e Lucas, RE.** Subjective Wellbeing: The Science of Happiness and Life Satisfaction. In SJ Lopez, CR Snyder. *The Oxford Handbook of Positive Psychology.* 2nd ed. s.l. : Oxford: Oxford University Press, 2012.
52. **Waterman, AS.** Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. [Online] 64(4):678–91 de 1993. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.64.4.678>.
53. **Lykken, D e Tellegen, A.** Happiness is a stochastic phenomenon. [Online] 7(3):186–9 de 1996. <http://pss.sagepub.com/lookup/doi/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00355.x>.
54. **Diener, E, et al.** Subjective wellbeing: Three decades of progress. [Online] 125(2):276–302 de 1999. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.125.2.276>.
55. **Baumeister, RF, et al.** Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? s.l. : Psychol Sci Public Interes, 2003, pp. 4(1):1–44.
56. **Diener, E, et al.** Very happy people. s.l. : Psychol Sci, 2002, pp. 13(1):81–4.
57. **Argyle, M.** *The psychology of happiness.* 2nd ed. s.l. : Routledge, 2001.
58. **Csikszentmihalyi, M.** Beyond Boredom and Anxiety. [Online] 1975. [http://psy2.ucsd.edu/~nchristenfeld/Happiness\\_Readings\\_files/Class 7 - Csikszentmihalyi 1975.pdf](http://psy2.ucsd.edu/~nchristenfeld/Happiness_Readings_files/Class 7 - Csikszentmihalyi 1975.pdf).
59. **Oswald, AJ.** *Happiness and Economic Performance.* s.l. : Econ J, 1997.
60. **Myers, DG.** The funds, friends, and faith of happy people. s.l. : Am Psychol, 2000, pp. 55(1):56–67.
61. **Barrech, A, et al.** Mid-life job insecurity associated with subjective wellbeing in old age: Results from the population-based MONICA/KORA study. s.l. : Scand J Work Environ Heal, 2016, pp. 42(2):170–4. .
62. **Kahneman, D e Deaton, A.** High income improves evaluation of life but not emotional wellbeing. [Online] 107(38):16489–93 de 2010. <https://www.pnas.org/content/107/38/16489>.
63. **Brites, R.** Valores e felicidade no Século XXI: um retrato sociológico dos portugueses em comparação europeia. [Online] 2011. <http://hdl.handle.net/10071/2948>.



64. **Buss, PM.** Health promotion and quality of life. s.l. : Cien Saude Colet, 2000, pp. 5(1):163–77.
65. **Everly, GS Jr, et al.** A defining aspect of Human Resilience in the workplace: A structural modeling approach. s.l. : Disaster Med Public Heal Prep, 2011, pp. 5(2):98–105.
66. **Braveman, PA, Egerter, S e Williams, DR.** The Social Determinants of Health: Coming of Age. [Online] Mar de 2011; 18;32(1):381–98. <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>.
67. **Mackenbach, JP.** *Health Inequalities: Europe in Profile*. s.l. : Rotterdam: Erasmus MC, 2006.
68. **Silva, LF.** O destino como projecto? Racionalidades leigas da promoção de saúde. Forum Sociológico. [Online] 2012;22. <http://sociologico.revues.org/696>.
69. **WHO, CSDH.** Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. 2008.
70. **World Health Organization.** Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. 2013.
71. **Mackenbach, JP, et al.** Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. s.l. : NEJM, 2008, pp. 358:2468–81. .
72. **Eikemo, TA, et al.** Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. s.l. : Sociol Heal Illn, 2008, pp. 30(4):565–82.
73. **Sarti, S, Alberio, M e Terraneo, M.** *Health Inequalities and the Welfare State in European Families*. s.l. : Jf Sociol Soc Wel, 2013.
74. **Campos-Matos, I, Russo, G e Perelman, J.** Connecting the dots on health inequalities - a systematic review on the social determinants of health in Portugal. [Online] 2016;15(1):26. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/article>.
75. **Organization for Economic Cooperation and Development.** Health at a Glance 2015: OECD Indicators. 2015.
76. **Marinho Alves, AA e Rodrigues, NFR.** Determinantes sociais e económicos da Saúde. s.l. : Rev Port Saude Publ, 2010, pp. 28(2):127–31.
77. **Goldie, I, Dowds, J e O’Sullivan, C.** Mental health and inequalities starting today - Background paper 3: Mental health and Inequalities. 2013.
78. **Shim, R, et al.** The Social Determinants of Mental Health: An Overview and Call to Action. Psychiatr Ann. [Online] 2014;44(1):22–6. <https://www.healio.com/psychiatry/journals/psycann/20>.

79. **Ngui, EM, et al.** Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. s.l. : Int Rev Psychiatry., 2010, pp. 22(3):235-44.
80. **Murali, V e Oyebode , F.** Poverty, social inequality and mental health. Adv Psychiatr Treat. [Online] 2004;10(3):216–24. <http://apt.rcpsych.org/content/10/3/216.abstract>.
81. **Patel, V e Kleinman, A.** Poverty and common mental disorders in developing countries. s.l. : Bull WHO, 2003, pp. 81(8):609–15.
82. **World Health Organization.** Social Determinants of Health: Key Concepts. [Online] 2014;1–2. [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf?ua=1).
83. **Lorant, V.** Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. s.l. : Am J Epidemiol, 2003, pp. 157(2):98-112.
84. **Dreger, S, Gerlinger, T e Bolte, G.** Gender inequalities in mental wellbeing in 26 European countries: Do welfare regimes matter? s.l. : Eur J Public Health, 2016, pp. 26(5):872-6.
85. **Engel, GL.** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. [Online] 1977;196(4286):129–36. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460>.
86. **Babalola, E, Noel, P e White, R.** The biopsychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. s.l. : Indian J Soc Psych, 2017;, pp. 33:291–6.
87. **Sá, T.** “Precariedade” e “trabalho precário”: consequências sociais da precarização laboral". [Online] 2010;7. <http://configuracoes.revues.org/203>.
88. **Marmot, M e Bell, R.** Challenging health inequalities: implications for the workplace. Occup Med. [Online] May de 2010; [cited 2014 Feb 3];60(3):162–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423942>.
89. **Burdorf, A.** Understanding the role of work in socioeconomic health inequalities. [Online] 2015;41(4):325–7. [http://www.sjweh.fi/show\\_abstract.php?abstract\\_id=3506](http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3506).
90. **Kivimäki, M, et al.** Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. s.l. : Occup Environ Med, 2003, pp. 60(10):779-83.
91. **Tsurugano, S, Inoue, M e Yano, E.** Precarious Employment and Health: Analysis of the Comprehensive National Survey in Japan. s.l. : Ind Health, 2012, pp. 50(3):223-35.
92. **Chopra, P.** Mental health and the workplace: Issues for developing countries. s.l. : Int J Ment Health Syst, 2009, pp. 3:1–9.
93. **Hämmig, O e Bauer, GF.** The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. [Online] 2013;13(1):1170. <http://bmcpublikehealth.biomed>.
94. **Kraemer, HC.** Coming to Terms With the Terms of Risk. Arch Gen Psychiatry. [Online] 1997;54(4):337.

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>.

95. **National Research Council and Institute of Medicine.** Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. [Online] 2009. <http://books.google.c>.

96. **Saxena, S, et al.** Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. [Online] Mar de 2006;1;5(1):5–14. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=14>.

97. **World Health Organization.** Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. [Online] 2012. [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf).

98. **Söderberg, M, et al.** Psychosocial work environment, job mobility and gender differences in turnover behaviour: a prospective study among the Swedish general population. [Online] 2014;14(1):605. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-605>.

99. **Cox, T, Griffiths, A e Rial-Gonzalez, E.** *Research on Work-related Stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.* 2000.

100. **World Health Organization.** Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. 2012.

101. **Beckers, DGJ, et al.** Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. s.l. : Work Stress, 2008, pp. 22(1):33–50.

102. **Dahlgren, A, Kecklund, G e Åkerstedt, T.** Different levels of work-related stress and the effects on sleep, fatigue and cortisol. [Online] 2005;31(4):277–85. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&>.

103. **Cordova, P de, et al.** Twenty-four/seven: a mixedmethod systematic review of the offshift literature. s.l. : J Adv Nurs, pp. 68(7):1454–68.

104. **Ferrie, JE, et al.** Flexible labor markets and employee health. s.l. : Scand J Work Environ Heal Suppl, 2008, pp. (6):98–110.

105. **Witte, H De.** Job Insecurity and Psychological Wellbeing: Review of the Literature and Exploration of Some Unresolved Issues. Eur J Work Organ Psychol. [Online] 1999;8(2):155–77. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=buh&A>.

106. **Kivimäki, M, et al.** Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. s.l. : BMJ, 2000, pp. 320(7240):971–5.

107. **Kivimäki, M, et al.** Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. [Online] 2007;61(2):154–8.

[http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=31&SID=2FJFtinDx1LOXtuaAtI&page=1&doc=1](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=31&SID=2FJFtinDx1LOXtuaAtI&page=1&doc=1).

108. **Vahtera, J, et al.** Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. [Online] 2004;328(7439):555. <http://bmj.com/cgi/content/abstract>.

109. **Virtanen, P, et al.** Employment security and health. s.l. : J Epidemiol Community Health, 2002, pp. 56:569–74. .

110. **Cooper, CL e Marshall, J.** Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental Ill Health. s.l. : J Occup Psychol, Mar 1976, pp. 49(1):11–28.

111. **Gilboa, S, et al.** A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects. s.l. : Pers Psychol, 2008, pp. 61(2):227-271.

112. **Maslach, C, Schaufeli, WB e Leiter, MP.** Job Burnout. Annu Rev Psychol. 2001, pp. 52:397-422.

113. **Jung, E.** Work Stress and Burnout: The Mediating Role of Mood Regulation Among Information Technology Professionals. J Workplace Behav Health. 2013, pp. 28(2):94-106.

114. **Schaufeli, WB e Buunk, BP.** *Professional burnout. In: MJ Schabracq, JAM Winnubst, CL Cooper Handbook of work and health psychology.* s.l. : New York: Wiley, 1996.

115. **Olivares-Faúndez, VE, et al.** Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. s.l. : Ter Psicol, 2014, pp. 32(2):111-120.

116. **Cooper, CL.** Social Support at Work and Stress Management. s.l. : Small Gr Behav, 1981, pp. 12(3):285–97.

117. **Janssen, PPM, Bakker, AB e Jong, A de.** A Test and Refinement of the Demand – Control – Support Model in the Construction Industry. s.l. : Int J Stress Manag, 2001, pp. 8(4):315–32.

118. **Milner, A, et al.** Psychosocial Working Conditions and Suicide Ideation: Evidence from a Cross-Sectional Survey of Working Australians. s.l. : J Occup Environ Med, pp. 2016;58(6):584-7.

119. **Niedhammer, I, Chastang, JF e David, S.** Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. s.l. : Occup Med (Chic Ill), 2008, pp. 58(1):15–24.

120. **Stoetzer, U, et al.** Problematic interpersonal relationships at work and depression: A Swedish prospective cohort study. s.l. : J Occup Health, 2009, pp. 51(2):144–51.

121. **Sakurai, K, Nakata, A, Ikeda T, Otsuka Y, Kawahito J, et al.** Employment type, workplace interpersonal conflict, and insomnia: A cross-sectional study of 37,646 employees in Japan. s.l. : Arch Environ Occup Heal, 2014, pp. 69(1):23-32.

122. **Cohen, S e Wills, TA.** Stress, social support, and the buffering hypothesis. s.l. : Psychol Bull, 1985, pp. 98(2):310–57.
123. **Frese, M.** Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. s.l. : J Occup Health Psychol, 1992, pp. 4(3):179-92.
124. **Gao, J, et al.** Workplace social capital and mental health among chinese employees: A multi-level, cross-sectional study. s.l. : PLoS One, 2014, p. 9(1).
125. **Sapp, AL, et al.** Does workplace social capital buffer the effects of job stress? A cross-sectional, multilevel analysis of cigarette smoking among U.S. manufacturing workers. s.l. : J Occup Environ Med, 2010, pp. 52(7):740-50.
126. **Stansfeld, SA, et al.** Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. [Online] May de 1999;56(5):302–. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757742/>.
127. **Harvey, S.B., et al.** Developing a mentally healthy workplace: A review of the literature. A report for the National Mental Health Commission and the Mentally Healthy Workplace Alliance. [Online] 2014. [https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/developing-a-mentally-healthy-workplace\\_final-november-2014.pdf?sfvrsn=8](https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/developing-a-mentally-healthy-workplace_final-november-2014.pdf?sfvrsn=8).
128. **Fan, LB, et al.** Work and home stress: Associations with anxiety and depression symptoms. s.l. : Occup Med, 2015, pp. 65(2):110-6.
129. **Simon, NM, et al.** Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. s.l. : Depress Anxiety, 2009, pp. 26(11): 1027–32.
130. **Cooper, C e Dewe, P.** Well being: Absenteeism, presenteeism, costs and challenges. *Occup Med.* [Online] Dec de 2008; 58(8):522–4 [cited 2014 Feb 3]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19054749>.
131. **European Network for Workplace Health Promotion.** *A guide to promoting mental health in the workplace: Employer’s Resource.* Amsterdam : TNO, 2011.
132. **Parent-Thirion , A, et al.** Fifth European Working Conditions Survey. [Online] 2012. [http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1182en.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1182en.pdf).
133. **McDaid, D, Curran, C e Knapp, M.** Promoting mental wellbeing in the workplace: a European policy perspective. *Int Rev Psych.* [Online] Oct [cited 2014 Feb 5] de 2005;17(5):365–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16194816>.
134. **Communities E.** *Green paper – Promoting the Mental Health of the Population. Towards a mental health strategy for the EU as a first response to the WHO mental health declaration for Europe, Health and Consumer Protection Directorate-General.* Brussels : s.n., 2005.

135. **Leka, S e Cox, T.** The European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF. [Online] 2008. [http://www.prima-ef.org/uploads/1/1/0/2/11022736/prima-ef\\_ebook.pdf](http://www.prima-ef.org/uploads/1/1/0/2/11022736/prima-ef_ebook.pdf).
136. **Cox, T, et al.** Work, employment and mental health in Europe. [Online] Apr 1 de 2004; 18(2):179–85. <http://ezproxy.deakin.edu.au/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=14167595&site=ehost-live&scope=site>.
137. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Mental Wellbeing at Work. [Online] 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph22/resources/mental-wellbeing-at-work-pdf-1996233648325>.
138. **Pollett, H.** *Mental health promotion: a literature review*. s.l. : Ottawa: Canadian Mental Health Association, 2007.
139. **Macdaid, D.** *Background Document for the thematic Conference on Communities*. 2011.
140. **Grawitch, MJ, et al.** Leading the Healthy Workforce: the Integral Role of Employee Involvement. [Online] 2009;61(2):122–35. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0015288>.
141. **European Agency for Health and Consumers (EAHC) and DG Health and Consumers (SANCO).** *Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives*. s.l. : Executive Agency for Health and Consumers, 2013.
142. **Heitor, MJ e Pereira Miguel, J.** Avaliação do impacte de políticas de diferentes sectores na saúde e nos sistemas de saúde: um ponto de situação. *Rev Port Saúde Pública*. 2009, pp. 27(1):5–17.
143. **Bacelar-Nicolau, L, Heitor dos Santos, MJ e Pereira Miguel, J.** *Guia de Metodologias de Avaliação de Políticas Públicas, 16. Avaliação de Impacte na Saúde*. Lisboa: Imprensa da Universidade de Lisboa : Feijó A, Ferrão J, Monteiro S PPJ, ed, 2018.
144. **Bacelar-Nicolau, L.** *Health Impact Assessment: Quantifying and Modeling to Better Decide*. s.l. : Lisboa: Universidade de Lisboa. [Tese de Doutoramento], 2017.
145. **Giddens, A.** *O Mundo na era da globalização*. 6a ed. s.l. : Lisboa: Editorial Presença, 2006.
146. **Santos, B Sousa.** Os Processos da Globalização. Eurozine. [Online] 2002. <https://www.eurozine.com/os-processos-da-globalizacao/>.
147. **Beck, U.** Risk Society: towards a new modernity. *London: Sage*. [Online] 1992. <http://books.google.com/books?id=QUDMAgICuEQC&pgis=1%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Risk+society:+Towards+a+new+modernity#0>.

148. **Kovács, I.** *As Metamorfozes do Emprego: Ilusões e Problemas da Sociedade da Informação*. s.l. : Oeiras: Celta Editora, 2002.
149. **Benach, J, et al.** Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annu Rev public Health*. [Online] <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>.
150. **Menéndez, M, et al.** Is precarious employment more damaging to women's health than men's? s.l. : Soc Sci Med, 2007, pp. 64(4):776-81.
151. **Casaca, SF.** *Flexibilidade, trabalho e emprego: ensaio de concetualização*. Lisboa: SOCIUS : s.n., 10/2005.
152. **Anjum , MA e Parvez, A.** Counterproductive Behavior at Work: A Comparison of Blue Collar and White Collar Workers. s.l. : Pak J Commer Soc Sci, 2013, pp. 7(3):417-34.
153. **Hu, X, Kaplan, S e Dalal, RS.** An examination of blue-versus white-collar workers' concetualizations of job satisfaction facets. s.l. : J Vocat Behav, 2010, pp. 76(2):317–25.
154. **Axelrod, WL e Gavin, JF.** Stress and strain in blue-collar and white-collar management staff. s.l. : J Vocat Behav, 1980, pp. 17(1):41–9.
155. **Heitor dos Santos, MJ.** *Mental health and public policies, workshop 5. High-level Expert Conference under Finland's EU presidency*. s.l. : Kuopio, 2006.
156. **Artazcoz, L, et al.** Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health J Epidemiol Community Health [Internet]. [Online] 2005 Sep [cited 2014 Jan 27];59(9):761–7. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1733125&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
157. **Hosking, A e Western, M.** The effect of non-standard employment on work-family balance. s.l. : J Sociol, 2008, pp. 44(1):5-27. 153.
158. **Kovács, I.** *Emprego flexível em Portugal: Alguns resultados de um projecto de investigação*. In: Kovács I, editor. *Flexibilidade de Emprego: Riscos e oportunidades*. s.l. : Oeiras: Celta Editora, 2005.
159. **Marco, PF de, et al.** O impacto do trabalho em saúde mental: Transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. s.l. : J Bras Psiquiatr, 2008, pp. 57(3):178-83.
160. **Thomas , C, Benzeval , M e Stansfeld, SA.** Employment transitions and mental health: An analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005, pp. 59(3):243-59.
161. **Thomas, C, Benzeval , M e Stansfeld, S.** Psychological distress after employment transitions: the role of subjective financial position as a mediator. [Online] 2007 Jan [cited 2014 Feb 5];61(1):48–52.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2465589&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.

162. **Dunham, J.** *Stress in the Workplace: Past, Present and the Future*. s.l. : 1st Ed. Wiley, 2001.

163. **Peter, R, et al.** Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. s.l. : J Epidemiol Community Health, 2002, pp. 56:294–3.

164. **Ostry , AS, et al.** A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. s.l. : BMC Public Health, 2003, p. 3:10.

165. **Karasek, R e Theorell, T.** *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. s.l. : Basic Books, 1992.

166. **Siegrist, J.** Effort-reward imbalance at work and health. s.l. : Res Occup Stress Well Being, 2002, pp. 2:261–91.

167. **Abrahams , D, et al.** *Policy Health Impact Assessment for the European Union: Pilot Health Impact Assessment of the European Employment Strategy in the United Kingdom*. 2004.

168. **Corvalán , C, Briggs , DJ e Zielhuis.** *Decision-making in environmental health: from evidence to action*. London: E & FN Spon. 2000.

169. **Fehr, AR.** Aus der Literatur : Rezensionen Ökologische Gesundheitsförderung – Analysen – Strategien – Umsetzungswege. s.l. : Rezensionen, 2002, p. 7(3):86899.

170. **Grzywacz , JG e Carlson, DS.** Concetualizing Work Family Balance: Implications for Practice and Research. s.l. : Adv Dev Hum Resour, 2007, pp. 9(4):255-71.

171. **Artazcoz, L, et al.** Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med*. [Online] Jul de 2004;[cited 2014 Feb 3];59(2):263–74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15110418>.

172. **Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.** *Babies and Bosses: Políticas de conciliação da actividade profissional e da vida familiar*. Nova Zelândia, Portugal e Suíça : Paris: OCDE, 2004.

173. **Melchior, M, et al.** Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med*. [Online] 4 de Aug de 2007; 37(8):1119–29. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2062493/>.

174. **Andrea , H, et al.** Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. *Occup Environ Med*. [Online] 1 de Apr de 2003 ;60(4):295–300. <http://oem.bmj.com/cgi/doi/10.1136/oem.60.4.295>.



175. **Yamamoto , S, Loerbroks , A e Terris, DD.** Measuring the effect of workplace health promotion interventions on “presenteeism”: a potential role for biomarkers. [Online] May de 2009 [cited 2014 Feb 3];48(5):471–2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19264094>.
176. **Head J, Kivimäki M, Martikainen P, Vahtera J, Ferrie JE, Marmot MGet al, et al.** Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: The Whitehall II Study. [Online] 2006 [cited 2014 Feb 3];60:55–61. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2465520&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
177. **Reblin, M e Uchino, BN.** Social and emotional support and its implication for health. s.l. : Curr Opin Psychiatry, 2008, p. 21(2):201.
178. **Schwarzer, R e Knoll, N.** Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *Int J Psychol.* [Online] 2007;42(4):243–52. <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713659663%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1080/00207590701396641%5Cnhttp://www.informaworld.com/>.
179. **Cohen, S.** The meaning of measurement of social support. [autor do livro] U Baumann. *Stress, Social Support, and Disorder. In: HOF Veiel.* s.l. : Washington: Hemisphere Press, 1992, pp. 109–24.
180. **Stansfield, S.** Social cohesion and social support. [autor do livro] RG Wilkinson In: M. Marmot. *Determinants of health.* s.l. : 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2006, pp. 148–71.
181. **Bowling, NA, Beehr, TA e Swader, WM.** Giving and receiving social support at work: The roles of personality and reciprocity. s.l. : J Vocat Behav, 2005;, pp. 67(3):476–89.
182. **Schwarzer , R e Leppin, A.** Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview. s.l. : J Soc Pers Relat, 1991, pp. 8(1):99–127.
183. **Eurofound.** *6th European Working Conditions Survey 2015.* s.l. : Brussels: Eurofound, 2015.
184. **Baruch-Feldman, C, et al.** Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. s.l. : J Occup Health Psychol, 2002, pp. 7(1):84–93.
185. **European Agency for Safety and Health at Work.** *Research on work-related stress.* s.l. : Luxembourg: EU-OSHA, 2002.
186. **Viswesvaran, C, Sanchez, JI e Fisher, J.** The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. s.l. : J Vocat Behav, 1999, pp. 54(2):314–34.
187. **Shirom , A, et al.** Work-based predictors of mortality: A 20-year follow-up of healthy employees. s.l. : Health Psychol, 2011, pp. 30(3):268–75.
188. **Park, KO, Wilson, MG e Lee, MS.** Effects of Social Support at Work on Depression and Organizational Productivity. s.l. : Am J Health Behav, 2004, p. 28(5):444.455.

189. **Thompson , CA e Prottas, DJ.** Relationships among organizational family support, job autonomy, perceived control, and employee wellbeing. s.l. : J Occup Health Psychol, 2006, pp. 11(1):100–18.
190. **Brough, P e Pears, J.** Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological wellbeing. *Int J Organ Behav.* [Online] 2004;8(2):472–85. <http://www98.griffith.edu.au/dspace/handle/10072/5572>.
191. **Woods, V.** Work-related musculoskeletal health and social support. s.l. : Occup Med, 2005, pp. 55(3):177–89.
192. **Stansfeld , SA, et al.** Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosom Med.* [Online] 1998;60(3):247–55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9625210>.
193. **Blanch, A.** Social support as a mediator between job control and psychological strain. *Soc Sci Med.* [Online] 2016;157:148–55. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953616301745>.
194. **Graça, L.** *A saúde dos trabalhadores portugueses. Textos, T 1316.* Lisboa : ENSP, 2002.
195. **Organization for Economic Cooperation and Development.** *Mental health, disability and work: issues for discussion.* s.l. : Paris: OECD, 2010.
196. **Kessler, RC.** The Costs of Depression. s.l. : Psychiatr Clin North Am, 2012, pp. 35(2):1–14.
197. **Druss , BG, Schlesinger , M e Allen, HM.** Depressive symptoms, satisfaction with health care, and 2-year work outcomes in an employed population. s.l. : Am J Psychiatry, 2001, pp. 158(5):731–4.
198. **Kessler, RC, et al.** The prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *Am J Psyc.* [Online] 2006;163(9):1561–8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924724/>.
199. **Sanderson, K e Andrews, G.** Common Mental Disorders in the Workforce: Recent Findings From Descriptive and Social Epidemiology. s.l. : Can J Psychiatry, 2006, pp. 51(2):63–75.
200. **Silva-Junior , JS e Fischer, FM.** Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. s.l. : PLoS One, 2014, p. 9(12):e115885. .
201. **Soegaard, HJ.** Undetected Common Mental Disorders in Long-Term Sickness Absence. s.l. : Int J Family Med, 2012, pp. 2012(i):1–9.
202. **Stansfeld, SA, Fuhrer, R e Head , J.** Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. s.l. : Occup Environ Med, 2011, pp. 68(6):408–13.

203. **Cancelliere , C, et al.** Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. s.l. : BMC Public Health, Published 2011 May 2011, p. 11:395.
204. **Böckerman, P e Laukkanen, E.** Predictors of sickness absence and presenteeism: Does the pattern differ by a respondent's health? s.l. : J Occup Environ Health, 2010, pp. 52(3):332-5.
205. **Holden, L, et al.** Health-related productivity losses increase when the health condition is co-morbid with psychological distress: findings from a large cross-sectional sample of working Australians. *BMC Public Health*. [Online] Jan de 2011 [cited 2014 Feb 3];11:417. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-417>.
206. **Gilbreath , B e Karimi, L.** Supervisor Behavior and Employee Presenteeism. s.l. : Int J Leadersh Stadies, 2012, pp. 7(1):114–31.
207. **Taloyan, M, et al.** Sickness Presenteeism Predicts Suboptimal Self-Rated Health and Sickness Absence: A Nationally Representative Study of the Swedish Working Population. *PLoS One*. [Online] Jan de 2012;[cited 2014 Apr 29];7(9):e44721. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3439368&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
208. **Hemp, P.** At Work But Out of It. s.l. : Harv Bus Rev, 2004;October:, pp. 1–10.
209. **Johns, G.** Attendance Dynamics at Work: The Antecedents and Correlates of Presenteeism, Absenteeism, and Productivity Loss. s.l. : J Occup Health Psycho, 2011, pp. 16(4):483–500.
210. **Bergström, G, et al.** Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *J Occup Environ Med*. [Online] 2009;51(6):629–38. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=yrovftj&AN=00043764-200906000-00001%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19448572>.
211. **Demerouti, E, et al.** Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Dev Int*. [Online] <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-70349435960&partnerID=40&md5=29250ca38eab135c3e5373600b0bff20>.
212. **Lu , L, Lin , HY e Cooper, CL.** Unhealthy and present: Motives and consequences of the act of presenteeism among taiwanese employees. *J Occup Health Psychol*. [Online] 2013;18(4):406–16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24099160>.
213. **Cooper , CL e Lu, L.** Presenteeism as a global phenomenon. *Cross Cult Strateg Manag*. [Online] 2016;23(2):216–31. <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/CCSM-09-2015-0106>.

214. **Dew , K, Keefe , V e Small, K.** “Choosing” to work when sick: workplace presenteeism. *Soc Sci Med*. [Online] May de 2005 [cited 2014 Jan 23];60(10):2273–82. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604005271>.
215. **Lu, L, Cooper, CL e Lin, HY.** A cross-cultural examination of presenteeism and supervisory support. *Career Dev Int*. [Online] 2013;18(5):440–56. <http://www.emeraldinsight.com/10.1108/CDI-03-2013-0031>.
216. **Bielecky, A, et al.** The impact of co-morbid mental and physical disorders on presenteeism. s.l. : Scand J Work Environ Health, 2015, pp. 41(6):554–64.
217. **Neeleman, J, Ormel, J e Bijl , RV.** The distribution of psychiatric and somatic ill health: associations with personality and socioeconomic status. s.l. : Psychosom Med, 2011, pp. 63:239–47.
218. **Berardi, D, et al.** Mental, Physical and Functional Status in Primary Care Attenders. s.l. : Int J Psychiatry Med, 1999, pp. 29(2):133–48.
219. **Sullivan , MD, et al.** Depression and self-reported physical health in patients with coronary disease: mediating and moderating factors. s.l. : Psychosom Med, 2001, pp. 63:248–56.
220. **Kessler , RC, et al.** Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. s.l. : J Occup Environ Med, 2003;, pp. 45(12):1257–66.
221. **Buist-Bouwman, MA, et al.** Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. [Online] Jun de 2005[cited 2014 Jan 26];111(6):436–43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15877710>.
222. **Kivimäki , M, et al.** Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *Am J Public Health*. [Online] Jan de 2005;[cited 2014 Feb 3];95(1):98–102. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1449859&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
223. **Nabi, H, et al.** Effects of depressive symptoms and coronary heart disease and their interactive associations on mortality in middle-aged adults: the Whitehall II cohort study. *Heart*. [Online] Oct de 2010 [cited 2014 Feb 3];96(20):1645–50. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3151258&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
224. **Zechinatti, AC, et al.** Occupational musculoskeletal and mental disorders as the most frequent associations to worker’s sickness absence: A 10-year cohort study. s.l. : BMC Res Notes, p. 2012;5(1):229.
225. **Topic, R, et al.** Somatic comorbidity, metabolic syndrome, cardiovascular risk, and CRP in patients with recurrent depressive disorders. *Croat Med J*. [Online] 2013;54:453–9. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3816567&tool=pmcentrez&>

endertype=abstract%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24170724%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3816567.

226. **Bouwman , CA, et al.** Health-Related Quality of Life and Productivity Losses in Patients With Depression and Anxiety Disorders. *J Occup Environ Med.* [Online] 2014;56(4):420–4.

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00043764-201404000-00012>.

227. **World Health Organization.** The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope.* [Online] Geneva: WHO; 2001. [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1) .

228. **Cummings, G e Estabrooks, CA.** The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: a systematic review of impact. s.l. : Int J Sociol Soc Policy, 2006, pp. 23(8/9):8–53.

229. **Kuper , H, et al.** When reciprocity fails: effort–reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. s.l. : Occup Env Med, 2002, pp. 59:777–84.

230. **Mausner-Dorsch , H e Eaton, WW.** Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand-control model. s.l. : Am J Public Health, 2000, pp. 90(11):1765–70.

231. **Peter, R e Siegrist, J.** Psychosocial work environment and the risk of coronary heart disease. s.l. : Int Arch Occup Environ Health, 2000, pp. 73 Suppl:S41–5.

232. **Michie , S e Williams, S.** Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. s.l. : Occup Environ Med, 2003, Jan, pp. 60(1):3–9.

233. **Wang, J.** Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). s.l. : Psychol Med, 2005, pp. 35:865–71.

234. **European Agency for Safety and Health at Work.** *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks.* s.l. : Luxembourg: EU-OSHA, 2014.

235. **Ahola, K, et al.** Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based Health 2000 Study. *J Affect Disord.* [Online] 2011;134:365–72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.028>.

236. **Cheung , T e Yip, PSF.** Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. s.l. : Int J Environ Res Public Health, 2015, pp. 12:11072–100.

237. **Griffin J, JM, et al.** The importance of low control at work and home on depression and anxiety: Do these effects vary by gender and social class? s.l. : Soc Sci Med., 2002, pp. 54:783–98.

238. **Andrea, H, et al.** The incidence of anxiety and depression among employees: the role of psychosocial work characteristics. s.l. : *Depress Anxiety*, 2009, pp. 26:1040–8.
239. **Hendriks, SM, et al.** Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. [Internet].. Available from: *J Affect Disord.* [Online] 2015;178:121–30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.004>.
240. **McCormick, CM.** Practicing Safe Stress: A Selective Overview of the Neuroscience Research. In: H. Cohen, B Stemmer (eds.). London: Elsevier : *Consciousness and Cognition*, 2007, pp. 205–23.
241. **Fevre, M Le, Matheny, J e Kolt, GS.** Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. *J Manag Psychol.* [Online] 2003;18(7):726–44. <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/02683940310502412>.
242. **Ozbay, F, et al.** Social support and resilience to stress across the life span: A neurobiologic framework. s.l. : *Curr Psychiatry Rep*, 2008, pp. 10(4):304–10.
243. **Fuchs, E e Flügge, G.** Chronic social stress: Effects on limbic brain structures. s.l. : *Physiol Behav*, 2003, p. 79(3):417.27.
244. **Rutten, BP, et al.** Resilience in mental health: Linking psychological and neurobiological perspectives. s.l. : *Acta Psychiatr Scand*, 2013, pp. 128(1):3–20. 3–20.
245. **Resnick, B, et al.** The Impact of Genetics on Physical Resilience and Successful Aging. s.l. : *J Aging Health*, 2015, pp. 27(6):1084–104.
246. **Smith, SM e Vale, WW.** The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. s.l. : *Dialogues Clin Neurosci*, 2006, pp. 8(4): 383–95.
247. **Sherin, JE e Nemeroff, CB.** Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. s.l. : *Dialogues Clin Neurosci*, 2011, pp. 13(3):263–78.
248. **Stephens, MAC e Wand, G.** Stress and the HPA axis: role of glucocorticoids in alcohol dependence. *Alcohol Res.* [Online] 2012;34(4):468–83. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3860380&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
249. **Hyman, SE.** How adversity gets under the skin. s.l. : *Nature Neurosci*, 2009, pp. 12:241–3.
250. **Tottenham, N e Sheridan, MA.** A review of adversity, the amygdala and the hippocampus: a consideration of developmental timing. *Front Hum Neurosci.* [Online] 2010;3(68). <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/neuro.09.068.2009/abstract>.
251. **Hughes, V.** Stress: The roots of resilience. s.l. : *Nature*, 2012, pp. 490:165–7.
252. **Jacobson, L e Sapolsky, R.** The role of the hippocampus in feedback regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis. s.l. : *Endocr Rev*, 1991, pp. 12(2):118–34.

253. **Schloesser , RJ, Martinowich, K e Manji , HK.** Mood-stabilizing drugs: Mechanisms of action. s.l. : Trends Neurosci, 2012, pp. 35(1):36–46.
254. **Vermetten, E e Bremner , JD.** Circuits and systems in stress. I. Preclinical studies. *Depress Anxiety*. 2002, pp. 15(3):126–47.
255. **Skelton , K, et al.** PTSD and gene variants: New pathways and new thinking. *Neuropharmacol.* [Online] 2012;62(2):628–37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.02.013>.
256. **Feder, A, Nestler , EJ e Charney, DS.** Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci.* [Online] 2009 Jun [cited 2014 Jan 23];10(6):446–57. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2833107&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
257. **Ulrich-Lai , YM e Herman , JP.** Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. s.l. : Nat Rev Neurosci, 2009, pp. 10(6):397–409.
258. **Southwick , SM, Vythilingam , M e Charney , DS.** The Psychobiology of Depression and Resilience to Stress: Implications for Prevention and Treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* [Online] 2005;1(1):255–91. <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948>.
259. **Voltas , N, et al.** Association study of monoamine oxidase-A gene promoter polymorphism (MAOA-uVNTR) with self-reported anxiety and other psychopathological symptoms in a community sample of early adolescents. s.l. : J Anxiety Disord, 2015, p. 3.
260. **Pezze , MA e Feldon, J.** Mesolimbic dopaminergic pathways in fear conditioning. s.l. : Prog Neurobiol, 2004, pp. 74(5):301–20.
261. **Baik, JH.** Dopamine Signaling in reward-related behaviors. *Front Neural Circuits.* [Online] <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fncir.2013.00152/abstract>.
262. **Lanfume, L, et al.** Corticosteroid-serotonin interactions in the neurobiological mechanisms of stress-related disorders. s.l. : Neurosci Biobehav Rev, 2008, pp. 32(6):1174–84.
263. **Sadkowski, M, et al.** The role of the serotonergic system in suicidal behavior. s.l. : Neuropsychiatr Dis Treat., 2013, pp. 9:1699–716.
264. **Lowry, CA.** Functional subsets of serotonergic neurones: Implications for control of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. s.l. : J Neuroendocrinol, 2002, pp. 14(11):911–23.
265. **O’Hara, R e Hallmayer, JF.** Serotonin transporter polymorphism and stress: A view across the lifespan. s.l. : Curr Psychiatry Rep, 2007, pp. 9(3):173–83.
266. **Tugade , MM e Fredrickson , BL.** Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. s.l. : J Pers Social Psychol, 2004, pp. 86(2):320–33.

267. **Hoge , EA, Austin , ED e Pollack, MH.** Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. s.l. : *Depress Anxiety*, 2007, pp. 24(2):139–52.
268. **Esler, M, et al.** Chronic mental stress is a cause of essential hypertension: Presence of biological markers of stress. s.l. : *ClinExp Pharmacol Physiol*, 2008, pp. 35(4):498–502.
269. **Leonard, BE.** HPA and immune axes in stress: Involvement of the serotonergic system. *Neuroimmunomodulation*. 2006, pp. 13(5-6):268-76.
270. **Levi, L.** Occupational stress. Spice of life or kiss of death? . s.l. : *Am Psychol*, 1990, pp. 45(10):1142–5.
271. **Nieuwenhuijsen , K, Bruinvels , D e Frings-Dresen, M.** Psychosocial work environment and stress-related disorders: a systematic review. [Internet]. *Occup Med*. [Online] 2010;60:277–86. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20511268>.
272. **Limm, H, et al.** Self-perceived stress reactivity is an indicator of psychosocial impairment at the workplace. *BMC Public Health*. [Online] 2010;10:252.
273. **Rabe, M, Giacomuzzi, S e Nübling, M.** Psychosocial workload and stress in the workers' representative. *BMC Public Health*. [Online] 2012;12:909. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84867802866&partnerID=tZOtx3y1>.
274. **Perminiene, M, et al.** Stress-related Health Symptoms and Working Environment of Older Employees in Lithuania. *Procedia - Soc Behav Sci*. [Online] 2015;205:157–62. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S187704281505065X>.
275. **Malamardi , SN, et al.** Occupational stress and health-related quality of life among public sector bank employees: A cross-sectional study in Mysore, Karnataka. *Indian J Occup Environ Med*. [Online] 2015;19(3):134–7. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4765250&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
276. **Goldstein, DS.** Adrenal responses to stress. s.l. : *Cell Mol Neurobiol*, 2010, pp. 30(8):1433–40.
277. **Chandola , T, Heraclides , A e Kumari, M.** Psychophysiological biomarkers of workplace stressors. *Neurosci Biobehav Rev*. [Online] 2010 Sep [cited 2014 Jan 21;35(1):51–7. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2891393&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
278. **Selye, H.** A syndrome produced by diverse noxious agents. s.l. : *Nature*, 1936, p. 138:32.
279. **Epel, ES.** Psychological and metabolic stress: A recipe for accelerated cellular aging? s.l. : *Hormones*, 2009, pp. 8(1):7–22.



280. **Bouayed, J, Rammal , H e Soulimani , R.** Oxidative stress and anxiety. *Oxid Med Cell Longev.* 2009, pp. 2(2):63–7.
281. **Casado, A, et al.** Determination of oxidative and occupational stress in palliative care workers. *s.l. : Clin Chem Lab Med,* 2011, pp. 49(3):471–7.
282. **Waters, S.** A Capitalism That Kills: Workplace Suicides at France Télécom. *French Polit Cult Soc.* [Online] 2014;32(3):121–41. <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1537-6370&volume=32&issue=3&page=121>.
283. **Bonanno, GA, Westphal, M e Mancini, AD.** Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annu Rev Clin Psychol.* [Online] <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>.
284. **Jovanovic , T e Ressler , KJ.** How the neurocircuitry and genetics of fear inhibition may inform our understanding of PTSD. *s.l. : Am J Psychiatry,* 2010, pp. 167(6): 648–62.
285. **Wu , G, et al.** Understanding resilience. *Front Behav Neurosci.* [Online] 2013;7. <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnbeh.2013.00010/abstract>.
286. **Stein MB, Campbell-Sills L, Gelernter J, et al.** Genetic variation in 5HTTLPR is associated with emotional resilience. *s.l. : Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet,* 2009, pp. 150B(7):900-6.
287. **McCrory, E, Brito, SA de e Viding, E.** Research review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *s.l. : J Child Psychol Psychiatry Allied Discip,* 2010, pp. 51(10):1079–95.
288. **Brenner , MH, et al.** Organizational downsizing and depressive symptoms in the European recession: The experience of workers in France, Hungary, Sweden and the United Kingdom. *s.l. : PLoS One,* 2014, p. 9(5):e97063.
289. **Rutter, M.** Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci.* [Online] 2006 Dec [cited 2014 Jan 31];1094:1–12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17347337>.
290. —. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *s.l. : Am J Orthopsychiatry,* 1987, pp. 57(3):316–31.
291. **Bonanno, GA.** Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? *s.l. : Am Psychol,* 2004, pp. 59(1): 20–8.
292. **Rutter, M.** Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol.* 2012, pp. 24(2):335–44. .
293. **Bonanno , GA, et al.** Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *s.l. : J Pers Soc Psychol,* 2002, pp. 83(5):1150–64.

294. **Rutter, M.** Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. s.l. : J Child Psychol Psychiatry Allied Discip, 2009, pp. 50(1–2):44–52.
295. **Connor, KM, Davidson, JR e Lee, LC.** Spirituality, Resilience, and Anger in Survivors of Violent Trauma: A Community Survey. *J Trauma Stress*. [Online] Oct de 2003;16(5):487–94. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14584633>.
296. **Connor, KM e Davidson, JR.** Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. [Online] Jan de 2003 [cited 2014 Jan 23];18(2):76–82. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12964174>.
297. **Yu, X e Zhang, J.** Factor Analysis and Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) With Chinese People. *Soc Behav Personal*. [Online] 2007;35(1):19–30.
298. **Yu, XN, et al.** Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among chinese adolescents. *Compr Psychiatry*. [Online] 2011 [cited 2014 Jun 10];52(2):218–24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.05.010>.
299. **Manzano-García, G e Ayala Calvo, JC.** Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in a Spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema*. [Online] 2013;25(2):245–51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23628541>.
300. **Mealer, M, Schmiede, SJ e Meek, P.** The Connor-Davidson Resilience Scale in Critical Care Nurses: A Psychometric Analysis. *J Nurs Meas*. [Online] 2016;24(1):28–39. <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1061-3749&volume=24&issue=1&spage=28>.
301. **Srivastava, K.** Positive mental health and its relationship with resilience. s.l. : Ind Psychiatry J, 2011, pp. 20(2):75–6.
302. **Hyman, SE.** The genetics of mental illness implications for practice. s.l. : Bull WHO, 2000, pp. 78(4):455–63.
303. **Butterworth, P, et al.** The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. s.l. : Occup Environ Med, 2011, pp. 1–7.
304. **Alonso, J, et al.** Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry*. [Online] 2011;16(12):1234–46. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-81755169858&partnerID=tZOtx3y1>.
305. **Andrade, LH, et al.** Days out-of-role due to common physical and mental health problems: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Clinics (São Paulo)*. [Online] 2013;68(11):1392–9. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3812560&tool=pmcentrez&endertype=abstract>.
306. **Hoppock, R.** *Job satisfaction*. s.l. : Oxford: Harper, 1935.

307. **Appelbaum , SH e Kamal, R.** An analysis of the utilization and effectiveness of non-financial incentives in small business. s.l. : J Manag Develop, 2000, p. J Manag Develop.
308. **Tietjen, MA, et al.** Motivation and job satisfaction. s.l. : Manag Decis, 1998, pp. 36(4):226–31.
309. **Garrido , MJ, Pérez , P e Antón , C.** Determinants of sales manager job satisfaction: An analysis of Spanish industrial firms. s.l. : Int J Hum Resour Manag, 2005, pp. 16(10):1934–54.
310. **Lee, TW.** How job dissatisfaction leads to employee turnover. s.l. : J Bus Psychol, 1988, pp. 2(3):263–71.
311. **Locke, EA.** The nature and causes of job satisfaction. In: MD Dunnette (ed.). s.l. : Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally College Pub, 1976, pp. 1297–349.
312. **Wright , BE e Kim , S.** Participation's influence on job satisfaction: The importance of job characteristics. s.l. : Rev Public Pers Adm, 2004, pp. 24(1):18–40.
313. **Hamermesh, D.** The changing distribution of job satisfaction. *Massachusetts: National Bureau of Economic Research*. [Online] 1999. <http://www.nber.org/papers/w7332>.
314. **Kristof, AL.** Person-Organization Fit: an Integrative Review of Its Concetualizations, Measurement, and Implications. *Pers Psychol*. [Online] 1996;49(1):1–49. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6570.1996.tb01790.x>.
315. **Spector, PE.** Job satisfaction: Application, assessment, causes and consequences. *London: Sage*. [Online] 1997. [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=\\_-AXCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=1.%09Spector,+P.E.,+Job+satisfaction:+Application,+a+ssessment,+causes,+and+consequences,+London:+Sage,+1997&ots=eolqNpWb7e&sig=InLevbnzYGHsyqUI9OP1YGC84fw&redir\\_esc=y#v=onepage&q&](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=_-AXCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=1.%09Spector,+P.E.,+Job+satisfaction:+Application,+a+ssessment,+causes,+and+consequences,+London:+Sage,+1997&ots=eolqNpWb7e&sig=InLevbnzYGHsyqUI9OP1YGC84fw&redir_esc=y#v=onepage&q&).
316. **Manisera , M, Van der Kooij , AJ e Dusseldorp, E.** Identifying the component structure of satisfaction scales by nonlinear principal components analysis. s.l. : Qual Technol Quant Manag, 2010, pp. 7(2):97-115.
317. **Luthans, F.** *Organisational Behaviour*. s.l. : New York: McGraw-Hill, 1992.
318. **Hombrados-Mendieta, I e Cosano-Rivas, F.** Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain: A structural equation model. *Int Soc Work*. [Online] 2011;56(2):228–46. <http://isw.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0020872811421620>.
319. **Belias, D, et al.** Job Satisfaction, Role Conflict and Autonomy of employees in the Greek Banking Organization. *Procedia - Soc Behav Sci*. [Online] 2015;175:324–33. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815012677>.
320. **Harper , E, et al.** Job Satisfaction: A Critical, Understudied Facet of Workforce Development in Public Health. *J Public Heal Manag Pract*. [Online] 2015;21(6):S46–55.

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00124784-201511001-00010>.

321. **Van Aerden, K, et al.** How does employment quality relate to health and job satisfaction in Europe? A typological approach. *Soc Sci Med.* [Online] 2016;158:132–40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.017>.

322. **Giddens, A.** Runaway World: How Globalization Is Reshaping Our Lives. *London: Profile Books.* [Online] 2011. [https://books.google.pt/books/about/Runaway\\_World.html?id=dYC2SdogrxC&redir\\_esc=y](https://books.google.pt/books/about/Runaway_World.html?id=dYC2SdogrxC&redir_esc=y).

323. **Sousa-Santos, B.** Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências\*. *Rev Crit Cienc Sociais.* [Online] 2002;(63):237–80. <http://rccs.revues.org/1285>.

324. —. The processes of globalization. [autor do livro] Eurozine. 2002, Dezembro, p. 68/14.

325. **Barros , AM e Silva, JRG.** Percepções dos indivíduos sobre as consequências do teletrabalho na configuração home-office: estudo de caso na Shell Brasil. s.l. : CadEBAPE, 2010, pp. 8(1):71-91.

326. **Kovács, I, et al.** Flexibilidade e crise de emprego: tendências e controvérsias. s.l. : Socius Work Pa, 2006, pp. 8:1–78.

327. **Karasek, RA.** *The impact of work environment on life outside the job: Explorations in the associations between job content and leisure behaviour and mental health using national survey data from Sweden and the United States.* Cambridge, MA: MIT : Unpublished PhD thesis [Cambridge, MA], 1976.

328. **Jason, K e Steve, J.** Karasek's (1979) job demands-control model: A summary of current issues and recommendations for future research, in Pamela L. Perrewé, Daniel C. Ganster (ed.). [autor do livro] Volume 8) *New Developments in Theoretical and Conceptual Approaches to Job Stress (Research in Occupational Stress and Well-being.* s.l. : Emerald Group Publishing Limited, 2010, pp. 237-368.

329. **Karasek, RA.** Demand/Control Model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. *Encyclopaedia of occupational health and safety.* [Online] 1998;34.6-34.14. <http://www.iloencyclopaedia.org/component/k2/item/12-psycho-social-factors-stress-and-health>.

330. **World Health Organization.** *Mental health and wellbeing at the workplace-protection and inclusion in challenging times.* Copenhagen : WHO, 2010.

331. **Häusser , JA, et al.** Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control (–Support) model and psychological wellbeing. s.l. : Work & Stress, 2010, pp. 24(1):1-35.

332. **Bosma, H, et al.** Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. s.l. : BMJ, 1997, pp. 314(7080):558–65.
333. **Hemmingsson , T e Lundberg , I.** Is the association between low job control and coronary heart disease confounded by risk factors measured in childhood and adolescence among Swedish males 40-53 years of age? s.l. : Int J Epidemiol, 2006, pp. 35(3):616-22.
334. **Landsbergis, PA, et al.** Job strain and health behaviors: results of a prospective study. *Am J Health Promot.* [Online] 1998;12(4):237–45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10178616>.
335. **Theorell, T.** How to deal with stress in organizations?:a health perspective on theory and practice. s.l. : Scand J Work Environ Health, 1999, pp. 25(6):616–24.
336. **Karrasek, R, et al.** The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998;. 1998, pp. 3(4):322–55.
337. **Aguiar, OB, Fonseca, MJM e Valente, JG.** Reliability (test-retest) of the swedish “Demand control-support questionnaire” scale among industrial restaurants workers, state of Rio de Janeiro, Brazil. s.l. : Rev Bras Epidemiol, 2010, pp. 13(2):1-10.
338. **Sanne, B, et al.** Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. . ;3. s.l. : Occup Med, 2005, pp. 55(6):463-7.
339. **Fransson, EI, et al.** Comparison of alternative versions of the job demand-control scales in 17 European cohort studies: the IPD-Work consortium. *BMC Public Health.* [Online] 2012. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84856020686&partnerID=tZOtx3y1>.
340. **Bosma, H, et al.** Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health.* [Online] 1998;88(1):68–74. <http://discovery.ucl.ac.uk/33730/>.
341. **Karasek, R, et al.** Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health.* [Online] Jul de 1981 [cited 2015 Jan 21];71(7):694–705.
342. **Kivimäki, M, et al.** Work stress in the etiology of coronary heart disease:a meta-analysis. s.l. : Scand J Work Environ Health, 2006, pp. 32(6):431-42.
343. **Nyberg, ST, et al.** Job Strain and Cardiovascular Disease Risk Factors: Meta-Analysis of Individual-Participant Data from 47,000 Men and Women. *PLoS One.* [Online] Jun de 2013 20;8(6):e67323. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067323>.
344. **Portela, LF, et al.** Job Strain and Self-Reported Insomnia Symptoms among Nurses: What about the Influence of Emotional Demands and Social Support? *BioMed Res Int.* [Online] Oct de 2015;18;820610:820610. <http://doi.org/10.1155/2015/820610>.

345. **Yoshioka, E, et al.** Effect of the Interaction Between Employment Level and Psychosocial Work Environment on Insomnia in Male Japanese Public Service Workers. s.l. : 20, Int JBehav Med, 2012, pp. 20(3):355-6.
346. **Vahtera, J, et al.** Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health*. [Online] Jul de 2000;1;54(7):484 LP-493.
347. **Rodríguez, I, et al.** The Demands-Control-Support model, locus of control and job dissatisfaction: A longitudinal study. *Work Stress*. [Online] 2001;1;15(2):97–114. <https://doi.org/10.1080/02678370110066968>.
348. **Van der Doef, M e Maes, S.** The job demand-control(-support) model and physical health outcomes: A review of the strain and buffer hypotheses. s.l. : Psychol Health, 1998;13(January 2015), pp. 909–36.
349. **Bakker , AB, Veldhoven, M van e Xanthopoulou, D.** Beyond the Demand-Control Model: Thriving on High Job Demands and Resources. s.l. : J Pers Psychol, 2010, pp. 9(1):3–16.
350. **Mark, GM e Smith, AP.** Stress models: A review and suggested new direction. s.l. : In: J Houdmont , S Leka , (eds.), Occup Heal Psychol, Eur Perspect Res , vol. 3. Nottingham: Nottingham University Press, 2008, pp. 111-144.
351. **Johnson, JV e Hall, EM.** Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. [Online] Oct de 1988;78(10):1336–42. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349434/>.
352. **Plaisier, I, et al.** Depressive and anxiety disorders on-the-job: The importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Res*. [Online] 2012;200(2–3):382–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.016>.
353. **Valente, MS, et al.** Depressive symptoms and psychosocial aspects of work in bank employees. *Occup Med*. [Online] 1 de Jan de 2016;66(1):54–61. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqv124>.
354. **Van der doef, M e Maes, S. .** The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological wellbeing: A review of 20 years of empirical research. *Work Stress*. [Online] 1 de Apr de 1999;13(2):87–114. <https://doi.org/10.1080/026783799296084>.
355. **Siegrist, J, Siegrist, K e Weber, I.** Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease. s.l. : Soc Sci Med, 1986, pp. 22(2):247-53.
356. **Buapetch, A, et al.** Buapetch A, Lagampan S, Faucett J, Kalampakorn S. The Thai version of effort-reward imbalance Questionnaire (Thai ERIQ): A study of psychometric properties in garment workers. *J Occup Health*. s.l. : J Occup Health, 2008, pp. 50(6):480-91.

357. **Eum, KD, et al.** . Psychometric properties of the Korean version of the effort-reward imbalance questionnaire: A study in a petrochemical company. *Int Arch Occup Environ Health*. s.l. : Int Arch Occup Environ Health, 2007, pp. 80(8):653-61.
358. **Fernández-López, J, et al.** Análisis factorial confirmatorio de la versión española del cuestionario “effort-reward imbalance”, de medida del estrés laboral [Confirmatory factor analysis of the Spanish version of the effort-reward imbalance questionnaire]. s.l. : Aten Primaria, 2006, pp. 38:465–6.
359. **Inoue, A, et al.** Organizational justice, psychological distress, and work engagement in Japanese workers. s.l. : Int Arch Occup Environ Health, pp. 83(1):29-38.
360. **Li, J, et al.** Effort-reward imbalance at work and job dissatisfaction in Chinese healthcare workers: A validation study. s.l. : Int Arch Occup Environ Health, 2005, pp. 78(3):198-204.
361. **Tsutsumi, A, et al.** The Japanese version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: A study in dental technicians. s.l. : Work Stress, 2001, pp. 15(1):86-96.
362. **Tsutsumi, A, et al.** Application of item response theory to achieve cross-cultural comparability of occupational stress measurement. s.l. : Int J Methods Psychiatr Res, 2009, pp. 18(1):58-67.
363. **Siu, OL, et al.** Work stress, self-efficacy, chinese work values, and work wellbeing in Hong Kong and Beijing. s.l. : Int J Stress Manag, 2005, pp. 12(3):274–88.
364. **Jahoda, M, Lazarsfeld, P e Zeisel, H.** *Marienthal: The Sociography of an Unemployed Community*. s.l. : London: Tavistock Publications, 1972.
365. **Paul, KI e Batinic, B.** The need for work: Jahoda’s latent functions of employment in a representative sample of the German population. s.l. : J Organ Behav, 2010, pp. 31(1):45-64.
366. **Van Vegchel, N, et al.** Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*. [Online] Mar de 2005[cited 2014 Jan 21];60(5):1117–31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15589679>.
367. **László, KKD, et al.** Job Insecurity and Health: A Study of 16 European Countries. s.l. : Soc Sci Med, 2010 Mar, pp. 1;70(6):867–74.
368. **Winkelmann, R.** Unemployment and happiness: Successful policies for helping the unemployed need to confront the adverse effects of unemployment on feelings of life satisfaction. s.l. : IZA World of Labor, 2014, p. 94.
369. **Siegrist, J.** *Work stress and health in a globalized economy: contribution of the effort - reward imbalance model Major determinants of health.* . Okayama : 2nd ICOH International Conference on Psychosocial Factors at Work, 2005.
370. **Kovács, I, et al.** *Flexibilidade e crise de emprego: tendências e controvérsias, 8/2006.* Lisboa : SOCIUS, 2006.

371. **Beck, U.** The brave new world of work. *Cambridge: Polity Press*. [Online] 200. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=3908880&site=ehost-live>.
372. **Ostry, A e Spiegel, JM.** Labor Markets and Employment Insecurity: Impacts of Globalization on Service and Healthcare-sector Workforces. [Internet]. . Available from: . *Int J Occup Environ Health*. [Online] 1 de Oct de 2004;10(4):368–74. <https://doi.org/10.1179/oeh.2004.10.4.368>.
373. **Siegrist, J.** Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. s.l. : J Occup Health Psychol, 1996, pp. 1(1):26–41.
374. —. *A theory of occupational stress. In: J. Dunham. Stress in the workplace: Past, present and future.* s.l. : Philadelphia: Whurr Publishers, 2001.
375. **Siegrist, J e Li, J.** Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model. *Int J Environ Res Public Health*. [Online] 2016;13(4):432. <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/4/432>.
376. **Siegrist, J.** Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: Evidence from prospective studies. s.l. : Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2008, pp. 258(SUPOL.5):115-9.
377. **Siegrist, J, et al.** A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. s.l. : Int Arch Occup Env Heal, 2009, pp. 82(8):1005–13.
378. **Aboa-Éboulé, C, et al.** Effort-reward imbalance at work and recurrent coronary heart disease events: A 4-year prospective study of post-myocardial infarction patients. s.l. : Psychosom Med, 2011, pp. 73(6):436–47.
379. **Godin, I, et al.** A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*. [Online] 15 de Jan de 2005:[cited 2014 Jan 27];5:67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1177967/>.
380. **Nielsen, MB, et al.** Effort-reward imbalance at work and the risk of antidepressant treatment in the Danish workforce. s.l. : J Affect Disord, 2016, pp. 196:248–51.
381. **Kan, D e Yu, X.** Occupational stress, work-family conflict and depressive symptoms among Chinese Bank employees: The role of psychological capital. s.l. : Int J Environ Res Public Health, 2016, p. 13(1).
382. **Nourry, N, et al.** Psychosocial and organizational work environment of nurse managers and self-reported depressive symptoms: Cross-sectional analysis from a cohort of nurse managers. *Int J Occup Med Environ Health*. [Online] 2014;27(2):252–69. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0264-x>.
383. **Kikuchi, Y, et al.** Effort-reward imbalance and depressive state in nurses. *Occup Med*. [Online] May de 2009;1;60(3):231–3. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqp167>.



384. **Tzeng, DS, et al.** Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. [Online] 2012;12(1):309. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-4865813941&partnerID=tZOtx3y1>.
385. **Loerbroks, A, et al.** Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: a cross-sectional study among physicians in Germany. *BMC Public Health*. [Online] 2016;16(1):342. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3016-y>.
386. **Korabik, K, Lero, DS e Whitehead, DL.** *Handbook of work-Family Integration: research, theory, and best practices*. 1st ed. s.l. : Academic Press, 2008.
387. **Chandola, T, et al.** Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *Int J Epidemiol*. [Online] Aug de 2004 [cited 2014 Feb 3];33(4):884–93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15166199>.
388. **Melchior, M, et al.** The mental health effects of multiple work and family demands. A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. [Online] Jul de 2007 [cited 2014 Feb 3];42(7):573–82. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2001232&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
389. **Kinnunen Ulla Geurts, S e Maubit, S.** Work-to-family conflict and its relationship with satisfaction and wellbeing: a one-year longitudinal study on gender differences. s.l. : Work Stress, 2004, pp. 18(1):1–22.
390. **Voydanoff, P.** Implications of work and community demands and resources for work-to-family conflict and facilitation. s.l. : J Occup Health Psychol, 2004, pp. 9(4):275-85.
391. **Barnett, RC e Hyde, JS.** Women, men, work, and family: An expansionist theory . s.l. : Am Psychol, 2001, pp. 56(10):781-96.
392. **Byron, K.** A meta-analytic review of work:family conflict and its antecedents. s.l. : J Vocat Behav, 2005, pp. 67(2):169–98.
393. **Voydanoff, P.** Linkages between the work-family interface and work, family, and individual outcomes: An integrative model. s.l. : J Fam Issues, 2002, pp. 23(1):138-64.
394. **Tausig, M e Fenwick, R.** Unbinding Time: Alternate Work Schedules and Work-Life Balance. s.l. : J Fam Econ Issues, 2001, pp. 22(2):101-19.
395. **Abreu, R.** *A Agenda de Lisboa: uma via para a Modernização da Europa*. s.l. : Lisboa:ISCTE-IUL, 2012.
396. **Eurofound.** *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg : Eurofound, 2012.
397. —. *European Company Survey 2009 Overview*. Luxembourg : Eurofound, 2010.

398. **Cousins, CR e Tang, N.** Working Time and Work and Family Conflict in the Netherlands, Sweden and the UK. [Internet]. . *Work Employ Soc.* [Online] 1 de Sep de 2004 [cited 2014 Feb 3];18(3):531–49. <http://wes.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0950017004045549>.
399. **Faragher EB, Cooper CL, Cartwright S, et al.** A shortened stress evaluation tool (ASSET). *s.l. : Stress Health*, 2004, pp. 20(4):189–201.
400. **Heitor dos Santos, MJ, et al.** Portuguese version of a stress and wellbeing evaluation tool (ASSET) at the workplace: validation of the psychometric properties. *BMJ Open.* [Online] 2018;8(2):e018401. <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-018401>.
401. **Cooper, CL, Sloan, SJ e Williams, S.** *Occupational Stress Indicator: management guide.* s.l. : Windsor: NFER-Nelson, 1988.
402. **Cartwright, S e Cooper, CL.** *ASSET: An organisational stress screening tool: the management guide.* s.l. : Manchester: RCL, 2002.
403. **Johnson, S e Cooper, C.** The construct validity of the ASSET stress measure. *Stress Heal.* [Online] Aug de 2003[cited 2014 Feb 7];19(3):181–5. <http://doi.wiley.com/10.1002/smi.971>.
404. **Johnson, S.** Organizational screening: The ASSET model. [autor do livro] CL Cooper In: S. Cartwright. [ed.] *The Oxford handbook of organizational wellbeing.* s.l. : Oxford: Oxford University Press, 2009, pp. 133-55.
405. **Jacobs, PA, et al.** Predictors of work performance among higher education employees: An examination using the ASSET Model of Stress. *Int J Stress Manag.* [Online] 2007 [cited 2014 Jan 25];14(2):199–210. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1072-5245.14.2.199>.
406. **Veit, CT e Ware, JE.** The structure of psychological distress and wellbeing in general populations. [autor do livro] *J Consult Clin Psychol.* 1983 Oct, pp. 51(5):730–42.
407. **Ribeiro, JLP.** Mental health inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. s.l. : *Psicol Saúde e Doenças*, 2001, pp. 2(1):77–99.
408. **Berwick, DM, et al.** Performance of a five-item mental health screening test. *Med Care.* [Online] 1991;29(2):169–76. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1994148>.
409. **Rumpf, HJ, et al.** Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. s.l. : *Psychiatry Res*, Dec, 2001, pp. 105(3):243–53.
410. **Lyubomirsky, S e Lepper, HS.** Subjective happiness scale (also known as General Happiness Scale ). s.l. : *Soc Indic Res*, 1999, pp. 46:137–55.
411. **Pais-Ribeiro, JL.** Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. s.l. : *Psicol Saúde Doenças*, 2012, pp. 13(2):157–68.
412. **Lyubomirsky, S e Lepper, HS.** A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. s.l. : *Soc Indic Res*, 1999, pp. 46(2):137–55.

413. In: **29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence. *Identifying the hidden alcoholic.*** Sydney, Australia : s.n., 1970.
414. **Ewing, JA.** Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. s.l. : JAMA, 1984, pp. 252(14):1905–7.
415. **Fiellin, DA, Reid, MC e O'Connor, PG.** Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med.* [Online] 2000;160(13):1977–89. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888972>.
416. **Dhalla, S e Kopec, JA.** The CAGE questionnaire for alcohol misuse: A review of reliability and validity studies. s.l. : Clin Invest Med, 2007, pp. 30(1):. 33–41.
417. **King, M.** At risk drinking among general practice attenders: Validation of the CAGE questionnaire. s.l. : Psychol Med, 1986, pp. 16(1):213–7.
418. **Babor, TF e Higgins-Biddle, JC.** *Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking: a Manual for Use in Primary Care.* s.l. : WHO, 2001.
419. **Abiola, T, Udofia, O e Zakari, M.** Psychometric Properties of the 3-Item Oslo Social Support Scale among Clinical Students of Bayero University Kano, Nigeria. *Malaysian J Psychiatry.* [Online] 2013;22:32–41. <http://www.mjpsychiatry.org/index.p>.
420. **Kessler, RC, et al.** The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. s.l. : J Occup Environ Med, 2001, pp. 43(3):218-25.
421. **Kessler, RC, et al.** The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). s.l. : J Occup Environ Med, 2003, pp. 45:156–174.
422. **Cohen, J.** *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. s.l. : New Jersey: Erlbaum, 1988.
423. **Hu, LT e Bentler, PM.** Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. s.l. : Struct Equ Model, 1999, pp. 6(1):1–55.
424. **Rutter, M.** Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. [Online] 1 de Dec de 1985 [cited 2014 Jan 23];147(6):598–611. <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.147.6.598>.
425. **Burns, RA e Anstey, KJ.** The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Pers Individ Dif.* [Online] Apr de 2010 [cited 2014 Jun 18];48(5):527–531. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.026>.
426. **Green, KT, et al.** Examining the factor structure of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a post-9/11 U.S. military veteran sample. *Assessment.* [Online] 2014;1–9(4):443–51.
427. **Jorgensen, IE e Sedat, S.** Factor structure of the Connor-Davidson resilience scale in South African adolescents. s.l. : Health, Int J Adolesc Med, 2008, pp. 20(1):23-32.

428. **Asnaani, A, et al.** Resilient but addicted: The impact of resilience on the relationship between smoking withdrawal and PTSD. s.l. : J Psychiatr Res, 2015, pp. 65:146–53.
429. **Steinhardt, MA, et al.** A resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes: a pilot study of efficacy. *Diabetes Educ.* [Online] 2009;35(2):274–84. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3001398&tool=pmcentrez&endertype=abstract> .
430. **Sexton, MB, Byrd, MR e Kluge, S Von.** Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. s.l. : J Psychiatr Res, 2010, pp. 44(4):236–41.
431. **Baek, HS, et al.** Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale. s.l. : Psychiatry Investig, 2010, pp. 7(2):109–15.
432. **Lamond, AJ, et al.** Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. s.l. : J Psychiatr Res, 2008, pp. 43(2):148–54.
433. **Lopes, VR e Martins, MCF.** Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC-10) para Brasileiros. s.l. : Rev Psicol Organ e Trab, 2011;2(Jul-Dez), pp. 36–50.
434. **Campbell-Sills, L e Stein, MB.** Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. s.l. : J Trauma Stress, 2007, pp. 20(6):1019–28.
435. **Marôco, J.** *Análise Estatística com o PASW Statistics*. s.l. : Lisboa: Report Number, 2010.
436. **Lima, ML, Vala, J e Monteiro, MB.** Os determinantes da satisfação no trabalho. s.l. : Anál Psicol, 1988, pp. 3(4):441–57.
437. **Evers, A, Frese, M e Cooper, CL.** Revisions and further developments of the Occupational Stress Indicator: LISREL results from four Dutch studies. *J Occup Organ Psychol.* [Online] 2000;73(2):221–40. <http://doi.wiley.com/10.1348/096317900166994>.
438. **Williams, S e Cooper, CL.** Measuring occupational stress: development of the pressure management indicator. s.l. : J Occup Health Psychol, 1998, pp. 3(4):306-21.
439. **Tabachnick, BG e Fidell, LS.** Multivariate analysis of variance and covariance. Using Multivar Statistics. s.l. : Boston: Allyn and Bacon, 2007, pp. 243-310.
440. **Brown , TA.** Confirmatory factor analysis for applied research. . New York: Guilford Press, 2006.
441. **Hair, J, et al.** *Multivariate Data Analysis*. 5th ed. s.l. : Pearson, 1998.
442. **Kline, RB.** *Principles and practice of structural equation modeling*. 2nd ed. s.l. : New York: Guilford Press, 2005.

443. **Wu, K, et al.** Coexistence and different determinants of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Chinese survivors after earthquake: role of resilience and rumination. *Front Psychol.* [Online] 2015;6. <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2015.01043/abstract>.
444. **MacKinnon, DP, Lockwood, CM e Williams, J.** Confidence Limits for the Indirect Effect: Distribution of the Product and Resampling Methods. *Multivariate Behav Res.* [Online] 1 de Jan de 2004;39(1):99. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821115/>.
445. **Hayes, AF.** Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. s.l. : Commun Monogr, 2009, pp. 76(4):408–20.
446. **Law, J, Richmond, RL e Kay-Lambkin, F.** The contribution of personality to longevity: Findings from the Australian Centenarian Study. s.l. : Arch Gerontol Geriatr, 2014, pp. 59(3):528–35.
447. **Antúñez, JM, Navarro, JF e Adan, A.** Circadian typology is related to resilience and optimism in healthy adults. s.l. : Chronobiol Int, 2015, pp. 32(4):524–30.
448. **Aronsson, G e Gustafsson, K.** Sickness Presenteeism: Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and an Outline of a Model for Research. *J Occup Environ Med.* [Online] 2005.
449. **Andrea, H, et al.** Health problems and psychosocial work environment as predictors of long-term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. s.l. : Occup Environ Med, 2003, pp. 60(4):295–300.
450. **Vaishnavi, S, Connor, K e Davidson, JRT.** An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. s.l. : Psychiatry Res, 2007, pp. 152(2–3):293–7.
451. **Organization for Economic Cooperation and Development.** Health Status: Perceived health status by age and gender. [Online] [cited 2018 Sep 16]. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117>.
452. **Albert, PR.** Why is depression more prevalent in women? s.l. : J Psychiatry and Neurosci, 2015, pp. 40(4):219-21.
453. **Karairmak, Ö.** Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. s.l. : Psychiatry Res, 2010, pp. 179(3):350–6.
454. **Campbell-Sills, L e Stein, MB.** Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. s.l. : J Trauma Stress, 2007, pp. 20(6):1019–28.
455. **Marôco, J.** *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & Aplicações.* s.l. : Pero Pinheiro: Report Number, 2010.

456. **Loureiro, I e Miranda, N.** *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. s.l. : Coimbra: Almedina, 2010.
457. **Tabachnick, BG e Fidell, LS.** *Using multivariate statistics. Using multivariate statistics*. 5th. ed. s.l. : Pearson, 2007.
458. **Jain , AK, Giga, SI e Cooper , CL.** Stress, health and wellbeing: the mediating role of employee and organizational commitment. *Int J Environ Res Public Health*. [Online] 11 de Oct de 2013;[cited 2014 May 6];10(10):4907–24. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3823345&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
459. **Economou, A, Nikolaou, A e Theodossiou, I.** Socioeconomic status and health-care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. s.l. : Health Serv Manage Res, 2008, pp. 21(1):40-59.
460. **Kickbusch, I, et al.** .Health literacy: the solid facts. *Copenhagen: WHO*. [Online] 2013. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
461. **Browne, M.W. e Cudeck, R.** Alternative ways of assessing model fit. s.l. : Sociological Methods & Research, 1992, pp. 21, 230–258.
462. **Cronbach, LJ.** Coefficient alpha and the internal structure of tests. s.l. : Psychometrika, 1951, pp. 16(3):297–334.
463. **George, D e Mallery, P.** *SPSS for Windows Step by Step: A simple guide and reference. 11.0 update*. s.l. : London: Pearson, 2003.
464. **Hoyle, RH.** The Sage Encyclopedia of social science research methods (Vol 1). [autor do livro] A Bryman, T Liao Confirmatory factor analysis. In: M Lewis-Beck. s.l. : Thousand Oaks, CA: Sage, 2003, pp. 169–75.
465. **IBM.** *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. s.l. : New York: IBM, 2013.
466. **Kline, RB.** *Principles and practice of structural equation modeling*. s.l. : New York: Guilford Press, 1998.
467. **Moreira, C N O, et al.** Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma. s.l. : J Coloproctol, 2016, pp. 36(4):208–15.
468. **Li, EC, Feifer, C e Strohm, M.** A pilot study: Locus of control and spiritual beliefs in alcoholics anonymous and smart recovery members. s.l. : Addict Behav, 2000, pp. 25(4):633-40.
469. **Decoster, J.** Overview of Factor Analysis. [Online] 1998. <http://www.stat-help.com/factor.pdf>.
470. **MacCallum, RC.** Model specification: Procedures, strategies, and related issues. *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. 1st ed. Thousand Oaks, CA: Sage : In: RH Hoyle, 1995, pp. 16-36.

471. **Vakola, M e Nikolaou, I.** Attitudes towards organizational change: What is the role of employees' stress and commitment? *Empl Relations*. [Online] 2005 [cited 2014 Jan 21];27(2):160–74. <http://www.emeraldinsight.com/10.1108/01425450510572685>.
472. **Carochinho, JA e Ferreira, MA.** A satisfação no trabalho: breves considerações teóricas e estudo psicométrico da escala de satisfação no trabalho do OSI. s.l. : *Psicol Teor Investig e prática*, 2003, pp. 8(2):339–55.
473. **Wheaton, B, et al.** Assessing Reliability and Stability in Panel Models. s.l. : *Sociol Methodol*, 1977, pp. 8(1):84–136.
474. **Tucker, LR e Lewis, C.** A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. s.l. : *Psychometrika*, 1973, pp. 38(1):1–10.
475. **Bentler, PM.** Comparative fit indexes in structural models . s.l. : *Psychol Bull*, 1990, pp. 107(2):238–46.
476. **Steiger, JH e Lind, JC.** *Steiger JH, Lind JC. Statistically based tests for the number of common factors.* s.l. : Annual Meeting Psychometric Society, 1980.
477. **Schumacker, RE e Lomax, RG.** *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling.* 3rd ed. s.l. : Routledge, 2010.
478. **Ssenyonga, J, Owens, V e Olema, DK.** Posttraumatic Growth, Resilience, and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Refugees. *Procedia - Soc Behav Sci*. [Online] 2013;82:144–8. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042813013050>.
479. **Notario-Pacheco, B, et al.** Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. s.l. : *Health Qual Life Outcomes*, 2011, p. 9:63.
480. **Wang, L, et al.** Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry Clin Neurosci*. s.l. : *Psychiatry Clin Neurosci*, 2010, pp. 64(5):499–504.
481. **Feng, X., Wang, F., Zou, Y., Li, W., Tian, Y., Pan, F., & Huang, F (2011).** Association of FK506 binding protein 5 (FKBP5) gene rs4713916 polymorphism with mood disorders: A meta-analysis. *Acta Neuropsychiatrica*, 23(1), 12-19. [Online] 2011.







**APÊNDICES E ANEXOS**  
Apresentados no Volume 2