

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Sintomas depressivos e ansiosos, stresse,  *coping*  e resiliência em  
Técnicos Superiores de Reinserção Social

MARTA ISABEL CARDOSO LIMA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



Sintomas depressivos e ansiosos, stresse, *coping* e resiliência em  
Técnicos Superiores de Reinserção Social

MARTA ISABEL CARDOSO LIMA

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção de Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

Coimbra, junho de 2014

## **Agradecimentos**

No final deste etapa, que tanto significado tem para mim, não é lícito esquecer todos aqueles que contribuíram para que este objetivo fosse atingido. Começo por agradecer à Professora Doutora Mariana Marques pela sua dedicação, empenho e pelos seus doutos ensinamentos. Esteve sempre presente, ao longo das etapas do meu trabalho, revelando toda a compreensão que necessitava para a consecução do mesmo. Concomitantemente, o seu rigor, orientação e exigência elevaram os meus conhecimentos; sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer concluir esta etapa e manter o meu nível de incentivo e motivação.

Em segundo lugar quero agradecer à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, que permitiu a realização da presente investigação. Não seria justo esquecer todos quanto colaboraram e se disponibilizaram a participar nesta investigação. Sem vocês nada disto seria possível. Agradeço igualmente à Dr.<sup>a</sup> Esmeralda Coelho porque diligenciou no sentido de obter a necessária autorização, sem a qual a realização do presente estudo seria improvável. Quero também agradecer à Equipa Pinhal Litoral, em especial na pessoa da Dr.<sup>a</sup> Fernanda Rosa (Coordenadora da Equipa) pela sua compreensão e disponibilidade manifestadas, mas também a todos os técnicos e colegas de trabalho. Esta investigação foi também a pensar em nós. Assinalo um agradecimento especial à Dr.<sup>a</sup> Celina Simões, porque foi um elemento importante nesta etapa, na medida em que pude contar com a sua ajuda, carinho, amizade e paciência nos momentos de maior aflição. A Dr.<sup>a</sup> Celina permitiu que fosse partilhando os resultados obtidos deste trabalho e facultou-me bibliografia pertinente para a execução do meu trabalho.

Em terceiro lugar quero agradecer aos meus amigos (todos saberão a quem me dirijo), que apesar da minha menor disponibilidade e das minhas ausências prolongadas, sempre me apoiaram e me incentivaram na conclusão desta tarefa.

Por fim, quero agradecer à minha família, em particular aos meus pais e ao meu marido, que foram, talvez, os mais prejudicados. Foram imprescindíveis pois sempre me transmitiram coragem, confiança, motivação e força anímica em todos os momentos. Sem vocês, não seria quem sou e não seria possível ter chegado até aqui. Obrigada!

Ao meu marido, também um especial agradecimento, porque no início de vida em comum, sempre me apoiou incondicionalmente para que iniciasse e concluísse com êxito esta etapa. Agradeço-lhe por tudo, mas sobretudo pela tolerância e presença constante nos momentos mais difíceis desta fase da minha vida. Sem ti não seria possível a concretização deste projeto que representa muito para mim.

## Resumo

**Introdução:** Os trabalhos sobre correlatos psicológicos em Técnicos Superiores de Reinserção Social (TSRS) no nosso país são inexistentes. São nossos objetivos analisar os níveis de sintomas depressivos e ansiosos, stresse, *coping* e resiliência numa amostra de TSRS; explorar diferenças nestas variáveis por sexo, estado civil, Delegação regional e tipo de competências das equipas de reinserção social; explorar associações entre todas as variáveis referidas nesta amostra (entre si e com a variável sociodemográfica idade e as variáveis profissionais tempo de serviço e horas de trabalho semanal). **Metodologia:** 89 TSRS (sexo feminino,  $n = 67$ ; 75,3%), com idades entre os 27 e os 61 anos ( $M = 47,4$ ;  $DP = 7,10$ ) preencheram um protocolo composto por questões sociodemográficas e profissionais, a *Depression, Anxiety and Stress Scale*, o *Brief COPE* e a Escala para avaliar as competências na área da Resiliência. **Resultados:** As mulheres apresentaram níveis maiores de *Suporte Emocional* e *Instrumental* comparativamente aos homens. Os profissionais da Delegação do Centro apresentaram pontuação mais elevada de *Resiliência* vs. da Delegação do Norte e os da Delegação do Norte maiores níveis de *Stresse* vs. os da Delegação do Sul e Ilhas. Os profissionais com competência mista apresentaram maiores níveis de *Ansiedade* vs. com competência específica. Encontrámos associações significativas (na amostra total) entre a *Depressão* e a *Negação* e o *Uso de Substâncias*. No sexo masculino o uso de *Suporte Emocional e Instrumental* associaram-se à *Depressão* e à *Ansiedade*. De uma forma geral, em todas as Delegações (consideradas separadamente), maiores níveis de *Resiliência* associaram-se a estratégias mais positivas de *coping* (e.g. *Coping* ativo) e maiores níveis de *Depressão*, *Ansiedade* e *Stresse* a níveis menores de estratégias positivas de *coping* (e.g. *Aceitação*) e a níveis maiores de estratégias negativas de *coping* (e.g. *Uso de substâncias*). Os técnicos quer de equipas com competência mista quer de equipas com competência específica, com níveis maiores de *Ansiedade*, apresentaram níveis maiores de estratégias de *coping* negativas (e.g. *Negação*). **Discussão:** Este estudo revelou existirem algumas diferenças por sexo nos TSRS e apresentou dados importantes sobre os construtos psicológicos dos TSRS de diferentes Delegações e de equipas com diferentes competências, apontando possíveis aspetos a considerar num trabalho de intervenção com estes profissionais. Tal como esperado, no geral, maiores níveis de resiliência associaram-se, como noutros profissionais, a estratégias mais positivas de *coping* e maiores níveis de sintomas a estratégias mais negativas de *coping*.

**Palavras-Chave:** sintomas depressivos; sintomas ansiosos; stresse; *coping*, resiliência; Técnicos Superiores de Reinserção Social.

## Abstract

**Introduction:** Studies on psychological correlates on Probation Officers (TSRS) in our country are nonexistent. Our purposes are to analyze the levels of depressive and anxiety symptoms, stress, coping and resilience in a sample of TSRS; to explore differences in these variables by gender, marital status, Regional Delegation and type of responsibility of local organic units; to explore associations between all variables mentioned in this sample (among themselves and with the sociodemographic variable age and the professional variables years of service and weekly hours of work"). **Methodology:** 89 TSRS (females,  $n = 67$ , 75.3 %), aged between 27 and 61 years ( $M = 47.4$ ,  $SD = 7.10$ ) completed a protocol consisting of sociodemographic and professional questions, the *Depression, Anxiety and Stress Scale*, the *Brief COPE Scale* and the *Scale to assess resilience skills*. **Results:** Women had higher levels on *Use of Instrumental and Emotional Social Support* compared to men. The professionals of the Delegation of the Centre had higher scores on *Resilience* vs. professionals of the Delegation of the North and the North Delegation had higher levels of *Stress* vs. the Delegation of the South and Islands. The professionals with mixed competence had higher levels of *Anxiety* vs. those with specific competence. We found significant associations (in the total sample) between *Depression*, *Denial* and *Substances Use*. In males, the use of *Emotional Social Support* and *Instrumental Support* was associated with *Depression* and *Anxiety*. Overall, in all Delegations (considered separately), higher levels of *Resilience* were associated with more positive *coping* strategies (e.g., *Active Coping*) and higher levels of *Depression*, *Anxiety* and *Stress* with lower levels of positive *coping* strategies ( e.g. *Acceptance*) and higher levels of negative *coping* strategies (e.g. *Substances Use*). TSRS with higher levels of *Anxiety*, either in teams of mixed and specific competence, had higher levels of negative *coping* strategies (e.g. *Denial*). **Discussion:** This study revealed that there were some gender differences in TSRS and provided important data on the psychological constructs of TSRS of different Delegations and different types of organic units, pointing to possible issues to be addressed in an intervention work with these professionals. As expected, in general, higher levels of *Resilience* were associated, as in other professionals, with more positive *coping* strategies and higher levels of symptoms with more negative *coping* strategies.

**Keywords:** depressive symptoms; anxiety symptoms; stress; coping; resilience; Probation Officers.

## **1. Introdução**

Em Portugal, o Instituto de Reinserção Social (IRS) surgiu com o Decreto-Lei nº 319/82 de 11 de agosto<sup>1</sup> que traçava objetivos claros para a implementação deste serviço, tais como: a necessidade de ter profissionais especializados e a implementação descentrada deste serviço, com a finalidade de se constituir como um serviço de proximidade, tentando abranger todas as áreas do país onde fosse necessária a intervenção dos técnicos. Apesar das várias reformas já operacionalizadas, estes serviços mantêm o objetivo inicial que passa pela intervenção técnica junto de indivíduos infratores da lei. Em setembro de 2012, ocorreu uma nova reforma no Ministério da Justiça, que culminou numa nova reestruturação dos Serviços de Reinserção Social e os Serviços Prisionais. Foi então criada a Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) pelo Decreto-Lei nº 215/2012 de 28 de setembro<sup>2</sup>.

Este decreto menciona que a DGRSP tem por missão o desenvolvimento das políticas de prevenção criminal, de execução das penas e medidas de reinserção social e a gestão articulada dos sistemas tutelar educativo e prisional, assegurando condições compatíveis com a dignidade humana e contribuindo para a defesa da ordem e paz social. As funções atribuídas aos Técnicos Superiores de Reinserção Social (TSRS) são, então: apoio técnico, na área operativa de reinserção social de delinquentes, designadamente no domínio da execução de decisões judiciais que apliquem medidas tutelares educativas e sanções penais alternativas à prisão realizando o acompanhamento a menores/jovens e adultos, nomeadamente verificando o cumprimento de obrigações impostas, estabelecendo, para tal, articulação com serviços e entidades da comunidade pertença do indivíduo; colaborando, ainda, na preparação e elaboração de planos de execução das medidas, e na elaboração de informações, relatórios e outros instrumentos técnicos.

Pelo exposto, as funções atribuídas aos TSRS não constituem um trabalho simples, antes, bastante complexo. Nas últimas décadas, acompanhando o crescimento destes serviços (de acordo com documentos internos e estatística), o trabalho tornou-se mais exigente, pelo número crescente de solicitações pelo aparelho da justiça e pela especificidade de problemáticas criminais a que passou a atender-se. O processo de avaliação dos casos implica, atualmente, a utilização de instrumentos específicos da área forense que, apesar de permitirem uma melhoria da intervenção, implicam prática e tempo acrescido por parte dos profissionais (*Direção de*

---

<sup>1</sup> Anexo I - Decreto-Lei nº 319/82 de 11 de agosto

<sup>2</sup> Anexo II - Decreto-Lei nº 215/2012 de 28 de setembro

*serviços de assessoria técnica e execução de penas na comunidade*, 2013).

O stresse é um fenómeno presente em todas as profissões e embora os seus efeitos possam ser positivos ou negativos, a repetição e a gravidade dos eventos *stressantes* podem ter consequências dramáticas para o trabalhador e para a própria organização (Klaus, 1998). Kalimo, Batawi e Cooper (1988) apontam como principais causas do stresse laboral a insatisfação relacionada com o cargo que desempenham, a impossibilidade de progressão na carreira e o ambiente de trabalho. As profissões que impliquem um trabalho direto com pessoas e os sentimentos destas são consideradas pelos autores como mais exigentes e conduzindo a um maior desgaste (Oginska-Bulik, 2005), culminando em elevados níveis de stresse. Caso o stresse seja prolongado no tempo, pode resultar em *burnout* (Bakker, Demerouti, Taris, Schaufeli e Schreurs, 2003; Gallego e Ríos, 1991). Santos e Cardoso (2010) mencionam, ainda, que a falta de recursos (humanos, materiais ou físicos), conjuntamente com a perceção de condições precárias, constitui-se como um fator *stressante*. Esta pode limitar a atuação dos profissionais, influenciando a qualidade dos serviços prestados (Santos e Cardoso, 2010).

A pesquisa sobre trabalhos explorando correlatos psicológicos de profissionais que trabalham nesta área, no nosso país, nomeadamente sobre os TSRS, mostrou que estes são inexistentes. Existem alguns estudos internacionais sobre o stresse em técnicos de *Probation*, em países como os Estados Unidos da América, Bulgária, Estónia, Letónia e Holanda. Os serviços de *Probation*<sup>3</sup> existem em vários países e são semelhantes aos Serviços de Reinserção Social em Portugal, sendo as funções dos Técnicos Superiores de Reinserção Social (no nosso país) e dos técnicos de *Probation* muito similares. De acordo com Klaus (1998), estes serviços são responsáveis pela supervisão das liberdades condicionais bem como de medidas de execução na comunidade. São ainda tarefas destes serviços elaborar relatórios pré-sentenciais. Os técnicos de *Probation* trabalham, ainda, nos estabelecimentos prisionais, com a finalidade de proceder a uma avaliação dos reclusos e prepará-los para a sua liberdade. A par dos fatores supra mencionados, estes profissionais podem experimentar elevados níveis de stresse relacionados com o trabalho, sendo possível que estes níveis de stresse tenham aumentado nos últimos anos devido a uma

---

<sup>3</sup> Estes serviços focam a sua atenção nas medidas probatórias (*Probation*), que são decisões judiciais impostas a ofensores condenados que lhes permite permanecer na comunidade sob a supervisão de um agente de *probation* em vez de verem efetivadas as penas de prisão. O termo *probation* vem do latim *probare* que significa "provar." Como a medida probatória constitui uma medida de execução na comunidade, o período em que ela decorre permite testar o caráter de uma pessoa e a sua capacidade para cumprir certos requisitos. Ou seja, os indivíduos condenados devem provar ao tribunal que são capazes de permanecer na comunidade vivendo de acordo com os padrões legais. Cerca de 90% de todas as sentenças proferidas pelos tribunais nos Estados Unidos remetem para medidas probatórias (Stohr e Walsh, 2012).

maior violência por parte dos delinquentes (*National Institute of Justice*, 2005).

Nos serviços de *Probation*, em países como Bulgária, Letónia, Estónia, Holanda e Estados Unidos da América, são fontes de stresse o elevado número de casos que estes técnicos acompanham, o trabalho burocrático subjacente a este acompanhamento e o cumprimento de prazos. O elevado número de casos obriga a que estes técnicos tenham que priorizar aqueles casos que acompanham com mais regularidade em detrimento daqueles que necessitam de uma intervenção mais pontual. Outros fatores que contribuem para aumentar os níveis de stresse são o ambiente de trabalho, o não reconhecimento do trabalho, os baixos rendimentos, a impossibilidade de progressão na carreira (Clarke e Cooper, 2004; Finn e Kuck, 2003; Klaus, 1998; Kop, Euwema, e Schaufeli, 1999; *National Institute of Justice*, 2005; Stohr e Walsh, 2012; Weiland, Vogelvang, e Vosters, 2013; Wiese, Rothmann, e Storm, 2003), as desigualdades dentro local de trabalho e as tarefas que vão contra os valores pessoais dos trabalhadores (Maslach, Schaufeli, e Leiter, 2001). Não podemos descurar que o clima de contenção a que atualmente se assiste, traduzindo-se em escassos recursos, o aumento do número de infratores e a falta de programas de treino de competências, influenciam, também, os níveis de stresse (Klaus, 1998). Estes variam de acordo com o tipo de criminosos que supervisionam, considerando que os técnicos que trabalham no terreno apresentam maiores níveis de preocupação com a sua segurança (Clarke, 2013; Klaus, 1998; Weiland et al., 2013).

A realidade criminógena também sofreu alterações. Atualmente encontramos condenados que cometeram crimes mais graves do que no passado e com realidades mais complexas, como sujeitos que apresentam consumos de substâncias (Klaus, 1998; *National Institute of Justice*, 2005). Os crimes que aumentam o risco de elevação dos níveis do stresse são de abuso sexual e violação, em particular, praticados sobre crianças (Clarke, 2013; Weiland et al., 2013).

No leque de casos acompanhados pelos técnicos de *Probation* (que comparamos aqui aos TSRS), são também encontrados indivíduos com doença mental. Nestes casos, os técnicos têm um desafio acrescido, visto terem de encontrar estratégias no sentido de prevenir a reincidência criminal destes indivíduos, encaminhando para serviços especializados, sob pena de estes poderem voltar a cair na teia da justiça (Massaro, 2005). Este trabalho de encaminhamento é muitas vezes dificultado pela escassez de recursos. É comum encontrar-se indivíduos violentos, que projetam essa violência nos técnicos. Num estudo realizado no Reino Unido, 30% dos técnicos de *Probation* foram vítimas de violência por parte dos clientes. Nos Estados Unidos os

técnicos estão autorizados a usar armas de fogo, de impacto e sprays (Klaus, 1998).

Todos os aspetos referidos geradores de stresse podem acarretar consequências individuais e institucionais (Clarke e Cooper, 2004; Finn e Kuck, 2004). Quanto às individuais, podem ser psicológicas (e.g. raiva, depressão, *burnout*), fisiológicas/físicas (e.g. problemas cardiovasculares, hipertensão, úlceras) e comportamentais (e.g. consumo de álcool, tabaco, hábitos alimentares pobres e violência). Nas organizações, as consequências podem ser de carácter psicológico e emocional (e.g. insatisfação com o trabalho, baixa produtividade, ansiedade), comportamental ou físico (e.g. doenças que, por vezes, resultam em absentismo). Estas consequências também são apontadas por Stohr e Walsh (2012) que referem o elevado absentismo, doença física (dores de cabeça, dor de costas), pedidos de transferência para outros serviços, originando uma grande rotatividade de técnicos e a solicitação da reforma antecipada.

Os Serviços de Reinserção Social são constituídos maioritariamente pelo sexo feminino. Maslach e Jackson (1985) referem que as mulheres são mais propensas a desempenharem profissões com contacto direto com pessoas, e quando assim o é, são confrontadas com uma dose dupla do processo de cuidar dos outros. Tendo em conta que são mais suscetíveis a envolverem-se emocionalmente com as questões profissionais e familiares estão mais expostas a elevados níveis de stresse. Apesar disto, Purvanova e Muros (2010) consideram que as mulheres, através do processo de socialização, foram melhor preparadas para lidar com as exigências emocionais e interpessoais. Importa salientar que as profissões maioritariamente desempenhadas por mulheres são menos valorizadas do que as masculinas. São por isso, muitas vezes, consideradas de baixo prestígio e recebem salários inferiores (Buunk, Peiró, Rodríguez e Bravo, 2007).

Cada indivíduo, tendo em conta a sua história e experiência de vida, interpreta e reage de forma diferente a uma dada situação. Assim, o que pode representar uma situação de elevado stresse para uns, para outros pode não representar qualquer perigo ou ameaça (Clarke e Cooper, 2000; Coleta e Coleta, 2008). Neste sentido, a forma como cada TSRS enfrenta o stresse é distinto. Estas estratégias de enfrentamento designam-se por *coping*, isto é, um conjunto de estratégias cognitivas e/ou comportamentais utilizadas pelo indivíduo para gerir os acontecimentos internos e externos que são percecionados como stressantes (Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira, 1998; Folkman e Moskowitz, 2004; Sousa, Mendonça, Zanini, e Nazareno, 2009). Acresce salientar que estas estratégias são influenciadas pelas aptidões individuais de cada sujeito (Branco, 2010). Ainda, perante um acontecimento ameaçador, as

emoções que advêm desse acontecimento são, regra geral, negativas e intensas, se o sujeito conseguir antever uma forma de resolução do problema, vão predominar as emoções positivas mas se, pelo contrário, perante um acontecimento stressante, o sujeito não conseguir antever a resolução do problema, predominarão as emoções negativas (Folkman e Moskowitz, 2004).

Na literatura encontramos, ainda, a distinção entre *coping* focado na emoção (quando as pessoas sentem que o elemento stressor tende a persistir) e o *coping* focado no problema (quando as pessoas sentem que pode ser feita alguma coisa construtiva no sentido de alterar a situação) (Carver, 1997; Paton et al., 2008). Vaz Serra (2011) faz também esta distinção definindo que as estratégias para lidar com o stress focado no problema visam o estabelecimento de um plano de ação, ou seja, “*evitam que se prolongue um estado que é desagradável e se pode tornar prejudicial para a saúde e bem-estar do ser humano*” (pp. 448). Face a isto, este tipo de estratégias permite a remoção da fonte de perturbação. Estas são utilizadas sobretudo quando o indivíduo avalia o stress como pouco intenso e sente que é controlável; por sua vez, quando o stress é sentido como mais grave, por regra existe a adoção de técnicas orientadas para o controlo das emoções. Conforme já referido, as situações stressantes são, sobretudo, acompanhadas de emoções negativas desorganizando as rotinas do indivíduo e interferindo com o seu bem estar. Vaz Serra (2011) salienta que existem estratégias de *coping* que se revelam mais funcionais que outras desde que sejam usadas no momento exato, tendo em conta a situação indutora de stress, pese embora não signifique que essa estratégia seja eficaz em todas as circunstâncias. Carver (1997) refere que as estratégias de *coping* são dinâmicas, ou seja, alteram-se consoante o acontecimento stressor. Um aspeto que influencia o uso de determinadas estratégias está também relacionada com a personalidade das pessoas. Existem pessoas que procuram outras para falar dos seus problemas, outras tentam fugir procurando atividades alternativas e outras podem ainda atuar diretamente sobre as emoções (e.g. fumam, ingerem bebidas alcoólicas em excesso, fazem exercício físico) (Vaz Serra, 2011).

As estratégias mais utilizadas pelos técnicos de *Probation* são priorizarem os casos que acompanham, fazendo um acompanhamento mais exaustivo em detrimento de outros em que o acompanhamento é mais residual, consoante a sua avaliação de risco de reincidência, discutir os casos com os colegas, procurar apoio psicológico, conhecer novas pessoas (fora do contexto laboral), contactar com pessoas externas ao serviço (que permite um distanciamento emocional) e exercício físico. A própria condução de veículos é apontada como uma técnica que permite a

redução do stresse, bem como viajar, refugiar-se na religião, abordar os assuntos profissionais no seio familiar e passar tempo com a família (Clarke, 2013; Finn e Kuck, 2003; Klaus, 1998 *National Institute of Justice*, 2005; Weiland et al., 2013), estratégias consonantes com aquelas encontradas num estudo realizado com polícias (Paton et al., 2008).

Ainda neste âmbito, torna-se pertinente compreender que, face os mesmos estímulos aversivos, existem indivíduos que demonstram menor sofrimento físico e psíquico do que outros (Oliveira e Lipp, 2009) dependendo da sua capacidade de resiliência. Brandao, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011) referem que o conceito de resiliência não é consensual. Relatam que os ingleses e norte-americanos descrevem o conceito como uma forma de resistência a situações adversas. Já os brasileiros e falantes de línguas latinas entendem-no como uma forma de resistência ao stresse mas também como estando associado a processos de recuperação e superação de acontecimentos que trazem sofrimento causado por níveis elevados de stresse.

A resiliência é entendida como um conjunto de processos intrapsíquicos que permitem o desenvolvimento de estratégias perante diversas adversidades. Este processo resulta da combinação de um conjunto de atributos, adquiridos no ambiente social, cultural e familiar (Yunes, 2003). Assim, a resiliência não pode ser entendida como um atributo inato, mas como um atributo que se adquire com o desenvolvimento em que um conjunto de fatores de risco e de proteção interferem. Os fatores de proteção que se destacam são: o apoio social, a autoestima, a supervisão familiar e os relacionamentos interpessoais (Pesce, Assis, Santos e Oliveira, 2004). Como fatores de risco são destacados a violência intrafamiliar, psicológica e sexual, a falta de supervisão familiar e a falta de redes de apoio social (Pinheiro, 2004).

Em termos laborais, a resiliência é entendida pela capacidade do trabalhador, exposto a elevados níveis de stresse, conseguir recorrer aos seus recursos e competências, para lidar, adaptar-se e enfrentar os desafios e as mudanças encontradas durante e depois do incidente crítico. Existem, no entanto, algumas profissões, tais como as relacionadas com a justiça criminal, que podem envolver mais exposição diária ao stresse e, por conseguinte, obrigarem a uma necessidade acrescida de uma adaptação constante perante acontecimentos adversos (Paton et al., 2008). Este autor define, ainda, o termo resiliência como uma combinação da capacidade de adaptação, do crescimento pessoal e da satisfação laboral. Assim, há uma interação entre as características do trabalhador e as da entidade laboral. A nível laboral é importante que haja uma definição clara da situação contratual e reconhecimento do esforço dos trabalhadores por parte

dos superiores hierárquicos, permitindo que os técnicos de *Probation* entendam que o trabalho desenvolvido é significativo e tem um impacto positivo, bem como a discussão dos casos (Clarke, 2013; Weiland et al., 2013). É também importante a supervisão, entendida como um apoio. Os resultados de pesquisas efetuadas, no âmbito dos serviços de reinserção social, a nível europeu, demonstraram que há uma forte necessidade de apoio social e de comunicação no local de trabalho e ao mesmo tempo a necessidade de autonomia (Clarke, 2013; Weiland et al., 2013). Em termos individuais, os técnicos que adotam avaliações realistas acerca dos casos experimentam uma maior autonomia e são, também, propensos a adaptar-se, com maior facilidade, a circunstâncias adversas (Clarke, 2013; Paton et al., 2008; Weiland et al., 2013). O acesso a recursos sociais e físicos aumenta a iniciativa e a competência para lidar com os desafios diários (Clarke, 2013; Paton et al., 2008; Weiland et al., 2013).

Segundo Clarke (2013) nos serviços de *Probation* são os trabalhadores mais jovens que relatam níveis maiores de angústia face ao trabalho e, por conseguinte, parecem ser os menos resilientes. Outro aspeto que contribui para níveis mais elevados de resiliência parece ser a religião. Folkman e Moskowitz (2004) verificaram que uma das estratégias de *coping* que se revelou mais eficaz foi a religião, ao influenciar a forma como as pessoas avaliam os acontecimentos de vida. Estudos com profissionais de diferentes áreas (não necessariamente técnicos de *Probation*) mostraram que as pessoas acreditam que o poder de Deus pode influenciar de forma positiva a vida laboral e que as pessoas mais resilientes tendem a ser religiosas (Clarke, 2013; Oliveira e Lipp, 2009; Shin et al., 2014; Weiland et al., 2013). Porém, os dados sobre o papel da religião pode associar-se a aspetos culturais, pelo que a sua interpretação requer cautela. Parece verificar-se, também, o aumento da resiliência ao aumentarem os níveis de apoio social. Este apoio social é determinante no seio familiar e, assim, as pessoas casadas/em união de facto e que tenham filhos revelam-se mais resilientes (Clarke, 2013). No entanto, o apoio prestado pela equipa de trabalho também é relevante: técnicos integrados numa equipa coesa, revelam níveis maiores de resiliência (Clarke, 2013).

### **1.1. Objetivos**

Pelo exposto, os objetivos deste trabalho exploratório (porque nunca foi realizado no nosso país) são: analisar os níveis de sintomas depressivos e ansiosos, stresse, *coping* e resiliência numa amostra de Técnicos Superiores de Reinserção Social; explorar eventuais diferenças em

todas estas variáveis por sexo, estado civil, Delegação regional e tipo de competências das equipas de reinserção social; explorar associações entre os sintomas depressivos e ansiosos, stresse, *coping* e resiliência nesta amostra (entre si e com diferentes variáveis sociodemográficas e profissionais: idade, tempo de serviço e horas de trabalho semanal).

## **2. Metodologia**

### **2.1. Procedimentos**

Começamos por definir o protocolo de instrumentos a utilizar neste estudo e que descrevemos na secção instrumentos: questionário sociodemográfico e profissional (idade, sexo, formação académica, escolaridade, estado civil, horas de trabalho semanais e antiguidade na instituição)<sup>4</sup>, *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21; Lovibond e Lovibond, 1995; Apóstolo, Mendes e Azeredo, 2006)<sup>5</sup>, *Brief Cope* (Ribeiro e Rodrigues, 2004)<sup>6</sup> e Escala para avaliar as competências na área da Resiliência (EAGR; Jardim e Pereira, 2006’').<sup>7</sup> Foram realizados os pedidos aos autores dos instrumentos para os utilizar neste trabalho<sup>8</sup>.

Depois de obtidas as respetivas autorizações, foi apresentado à Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, mais concretamente ao Diretor Geral, um documento<sup>9</sup> formal em que se expôs os objetivos pretendidos com o presente estudo e se solicitou a autorização para administrar o protocolo de questionários.

Os critérios para a seleção da amostra basearam-se na consulta estatística da plataforma SIRS da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), que inclui os verbetes atribuídos por técnico entre 2010 e 13 de novembro de 2013. Desta forma, optámos por seleccionar quatro equipas por Delegação (Norte; Centro; Sul e Ilhas), duas com o maior número de verbetes atribuídos por técnico e outras duas com o menor número de verbetes atribuídos por técnico. Pelo exposto, as equipas onde foi solicitada a autorização para aplicação do protocolo junto de todos os técnicos que delas faziam parte, foram: Equipa Lisboa Penal 5; Equipa Lisboa Penal 3; Equipa Lisboa Penal 1; Equipa Lisboa Tutelar Educativa 2; Equipa Oeste; Entre o Douro e Vouga; Equipa Baixo Mondego 1; Equipa Beira Sul; Equipa do Ave; Equipa Tâmega 2; Equipa Porto Tutelar Educativo e Equipa Tâmega 1. Todas as equipas se disponibilizaram a

---

<sup>4</sup> Apêndice A – Questionário sociodemográfico

<sup>5</sup> Anexo III – *Depression Anxiety and Stress Scale-21*

<sup>6</sup> Anexo IV – *BriefCope*

<sup>7</sup> Anexo V – Escala de Avaliação Global da Resiliência

<sup>8</sup> Anexo VI – Autorizações dos autores

<sup>9</sup> Apêndice B – Pedido de autorização à DGRSP

colaborar, com exceção da Equipa Porto Tutelar Educativo que não revelou receptividade para responder ao referido protocolo. Inicialmente, previa-se a participação de 107 técnicos, no entanto, apenas 89 se disponibilizaram a participar, o que significa que existiu uma adesão ao estudo de aproximadamente de 83% dos técnicos.

Nas equipas em que foi obtida a autorização<sup>10</sup> procedeu-se à recolha dos dados junto dos Técnicos Superiores de Reinserção Social (TSRS). Os protocolos foram enviados por via postal para todos os TSRS que compunham as equipas. A recolha de dados foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2014, tendo sido obtido o consentimento informado de todos os participantes. Assegurou-se a confidencialidade das respostas individuais.

## **2.2. Instrumentos**

### **2.2.1. Questionário sociodemográfico**

Este questionário contém sete questões: idade, sexo, formação académica, escolaridade, estado civil, horas de trabalho semanais e antiguidade na instituição.

### **2.2.2. *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21; Lovibond e Lovibond, 1995; Apóstolo, Mendes e Azeredo, 2006)**

A DASS-21, versão curta de 21 itens da *Depression, Anxiety and Stress Scale - 42* tem como objetivo avaliar os estados emocionais *depressão, ansiedade e stresse*. A escala original foi concebida por Lovibond e Lovibond (1995) e apresenta três subescalas, ou seja, *depressão, ansiedade e stress*, sendo cada uma composta por sete itens. É uma escala de autorresposta do tipo Likert, composta por quatro respostas possíveis: 0 = “Não se aplicou a mim”; 1 = “Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo”; 2 = “Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo”; 3 = “Aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo”.

A primeira subescala (*depressão*) avalia sintomas de inércia, anedonia (incapacidade para sentir prazer), disforia, falta de interesse/envolvimento, baixa autoestima, desvalorização da vida e desânimo, ou seja, o estado emocional da *depressão*. Esta é constituída pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21. Por seu turno, a segunda avalia o estado emocional *ansiedade*, isto é, a excitação do sistema nervoso autónomo, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Esta é composta pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20. Por fim, a terceira subescala *stresse* avalia a

---

<sup>10</sup> Anexo VII – Autorização da DGRSP

dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, a perturbação/agitação, a irritabilidade/reacção exagerada e a impaciência, ou seja, o *stresse*, sendo composta pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Trata-se de um instrumento de aplicação simples, podendo ser usada em contexto clínico e não clínico. Adicionalmente, a avaliação dos estados emocionais *depressão, ansiedade e stresse* com a DASS-21 pode ser realizada com adolescentes e adultos (Apóstolo, Mendes e Azeredo, 2006; Apóstolo, Tanner, e Arfken, 2012). A validação da versão reduzida foi realizada por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), com uma amostra de 101 sujeitos que frequentavam a consulta externa do Hospital Psiquiátrico, do distrito de Coimbra. A DASS-21 apresentou elevada consistência interna nas três subescalas. Valores elevados de consistência interna foram, de novo, confirmados num estudo levado a cabo por Apóstolo, Tanner e Arfken (2012).

Para obtermos o posicionamento da amostra (relativamente aos pontos cortes da escala) os resultados obtidos dos somatórios de cada subescala são multiplicados por dois, o que possibilita a conversão para a escala completa de 42 itens. Os resultados são, assim, comparados com a classificação de cada um dos estados: normal, leve, severo e extremamente severo (Apóstolo, Ventura, Caetano e Costa, 2008; Lovibond e Lovibond, 1995). Valores mais elevados são indicadores de maior gravidade da sintomatologia.

No nosso estudo verificaram-se os seguintes índices de consistência interna: Depressão,  $\alpha = 0,855$ ; Ansiedade,  $\alpha = 0,807$ ; e Stress  $\alpha = 0,896$ . Podemos concluir que os alfas de Cronbach foram bons para as três dimensões (Pestana e Gageiro, 2008).

### 2.2.3. *Brief Cope* (Pais Ribeiro e Rodrigues, 2004)

O inventário COPE foi desenvolvido por Carver e colaboradores (1989) para avaliar os estilos e estratégias de *coping*. Com o passar dos anos este inventário sofreu alterações. Inicialmente era constituído por 52 itens distribuídos por 13 subescalas (Carver, Scheier e Weintraub, 1989). De seguida, passou a ter 53 itens divididos em 14 escalas e, finalmente, 60 itens organizados em 15 escalas. Os itens são respondidos numa escala de Likert: 0/“nunca faço isto”; 1/“faço isto por vezes”; 2/“em média é isto que eu faço”; e 3/“faço quase sempre isto”.

A versão *Brief COPE* foi desenvolvida para reduzir a sobrecarga dos respondentes, sendo composta por 28 itens (Carver et al., 1989), distribuídas pelas escalas: *Coping Ativo* (iniciar uma ação para remover ou circunscrever o stressor) (itens 2 e 7); *Planear* (planear os esforços de *coping* ativo) (itens 14 e 25); *Utilizar Suporte Instrumental* (procurar ajuda, informações ou

conselhos acerca do que fazer) (itens 10 e 23); *Utilizar Suporte Social Emocional* (obter suporte social e emocional de alguém) (itens 5 e 15); *Religião* (participar em atividades religiosas) (itens 22 e 27); *Reinterpretação Positiva* (perante um acontecimento fazer o melhor ou vê-lo de um modo mais favorável) (itens 12 e 17); *Autoculpabilização* (culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu) (itens 13 e 26); *Aceitação* (aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real) (itens 20 e 24); *Expressão de Sentimentos* (aumento da consciência do stresse emocional e a tendência para exprimir ou descarregar sentimentos) (itens 9 e 21); *Negação* (tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante) (itens 3 e 8); *Auto-Distração* (desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir) (itens 1 e 19); *Desinvestimento Comportamental* (desistir ou deixar de se esforçar para alcançar o objetivo com o qual o stressor está a interferir) (itens 6 e 16); *Uso de Substâncias* (uso de medicamentos/álcool) (itens 4 e 11) e *Humor* (fazer piadas acerca do stressor) (itens 18 e 28). Nesta versão foram excluídas as escalas “*Coping Restritivo*” e “*Supressão de Atividades Contrárias*”. A escala de *Auto-Culpabilização* foi incluída, de novo, e algumas escalas foram redefinidas (Carver, 1997). Mantiveram-se as opções de resposta iniciais: quatro alternativas.

O questionário é precedido por uma introdução em que é pedido às pessoas que respondam sobre a forma como lidam com os problemas da vida (Ribeiro e Rodrigues, 2004). As respostas podem ser dadas quanto a uma dada situação (*coping* estado – “fiz isto”) ou enquanto traço (“costumo fazer isto”). Assim, as instruções podem ser modificadas consoante o que se pretender avaliar, o uso de estratégias de *coping* face a uma situação ou este uso de uma forma genérica.

Ribeiro e Rodrigues (2004) adaptaram para a população portuguesa o *Brief COPE*, que revelou uma estrutura fatorial idêntica à original. Os alfas de Cronbach abonaram a favor da consistência interna de cada dimensão, sobretudo considerando que cada dimensão é composta apenas por dois itens (alfas variam entre 0,65/*Coping* ativo e 0,84/*Expressão de Sentimentos*).

No nosso estudo, a consistência interna da dimensão *Religião* foi muito boa ( $\alpha = 0,905$ ). Quanto às dimensões *Reinterpretação Positiva* ( $\alpha = 0,817$ ), *Expressão de Sentimentos* ( $\alpha = 0,822$ ), *Humor* ( $\alpha = 0,807$ ) a consistência interna foi boa. As dimensões *Utilizar Suporte Instrumental* ( $\alpha = 0,738$ ), *Utilizar Suporte Social Emocional* ( $\alpha = 0,793$ ) e *Uso de Substâncias* ( $\alpha = 0,780$ ) revelaram razoável consistência interna. As dimensões *Negação* ( $\alpha = 0,684$ ) e *Auto-Distração* ( $\alpha = 0,663$ ) revelaram fraca consistência interna. As dimensões *Coping Ativo* ( $\alpha = 0,445$ ), *Planear* ( $\alpha = 0,553$ ) *Auto-Culpabilização* ( $\alpha = 0,494$ ), *Aceitação* ( $\alpha = 0,513$ ) e

*Desinvestimento Comportamental* ( $\alpha = 0,395$ ) revelaram uma consistência interna medíocre (Pestana e Gageiro, 2008).

2.2.4. Questionário para avaliar as competências na área da Resiliência (EAGR, Jardim, & Pereira, 2006)

A escala de avaliação global da *resiliência* (EAGR) de Jardim e Pereira (2006) avalia as competências na área da *resiliência*. Este conceito consiste na capacidade de operacionalizar conhecimentos, atitudes e habilidades com o objetivo de prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das crises e adversidades (Jardim e Pereira, 2006). Os atributos considerados como fontes de resiliência podem ser verbalizados em quatro condições: “Eu tenho”; “Eu sou”; “Eu estou” e “Eu posso”. Assim, a presente escala proporciona a análise dos fatores de suporte externo (“o que eu tenho”), das forças pessoais internas (“o que eu sou”), das habilidades sociais (“o que eu posso”) e do que a pessoa está disposta a fazer (“eu estou”) (Jardim e Pereira, 2006).

É uma escala unifatorial do tipo Likert cujas opções de respostas variam de 0 (“Nunca”), 1 (“Raramente”), 2 (“Algumas vezes”), 3 (“Frequentemente”) e 4 (“Quase sempre”). A cotação final consiste no somatório dos valores obtidos em cada item. Relativamente aos procedimentos de cotação, consistem no somatório dos valores respondidos em cada questionário, sendo que os valores obtidos entre 9 e 21 correspondem a uma capacidade de *resiliência* baixa, os valores compreendidos entre 22 e 34 correspondem a uma capacidade de *resiliência* média e os valores mais elevados entre 35 e 45 correspondem a uma capacidade de *resiliência* elevada.

Neste estudo o  $\alpha$  de 0,837 revelou uma consistência interna boa (Pestana e Gageiro, 2008).

### **2.3. Análise Estatística**

Para realizar a análise estatística utilizou-se o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Mac.Os. Determinámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e dispersão e medidas de assimetria e achatamento. As medidas de simetria e curtose e o teste de Kolmogorov-Smirnov revelaram que todas as variáveis (todas as dimensões dos nossos quatro instrumentos) não apresentavam distribuição normal. Porém, dado que o  $n$  da nossa amostra foi superior a 30, optamos por testes paramétricos.

Através de testes t de Student fomos explorar se existiam diferenças por estado civil e sexo nas dimensões da DASS-21, dimensões de *BriefCope* e pontuação total de resiliência (EARG).

Através de uma ANOVA fomos verificar quanto às variáveis em que não encontramos diferenças prévias por sexo (todas à exceção do *Suporte Emocional e Instrumental*) se existiam diferenças estatisticamente significativas por Delegação (1 = *Norte*, 2 = *Centro* e 3 = *Sul e Ilhas*).

Atendendo às diferenças de sexo nas dimensões *Suporte Instrumental* e *Suporte Emocional* fomos separadamente, por sexo, verificar se existiam diferenças nestas variáveis nas três Delegações. Fomos ainda verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da DASS-21 e da *BriefCope* e na pontuação total de Resiliência, por tipo de competência (dos profissionais), através de testes t de Student para amostras independentes.

Como não encontramos diferenças por sexo, Delegação e tipo de competência na dimensão *Depressão* (DASS-21), testámos a associação desta variável com as dimensões do *BriefCope* na amostra total (através de correlações de Pearson, interpretadas segundo os critérios de Cohen, 1988:  $r = 0,10$ , associação pequena;  $r = 0,30$ , associação moderada;  $r = 0,50$ , correlação grande).

Dado termos encontrado diferenças por sexo nas dimensões *Suporte Emocional* e *Suporte Instrumental* (*BriefCope*), testamos separadamente (por sexo) as associações entre estas duas dimensões e as dimensões da DASS-21 e a pontuação total de *Resiliência*. Dadas as diferenças estatisticamente significativas por Delegação na *Resiliência* e no *Stress* (DASS-21) testamos separadamente (por Delegação) as associações entre estas dimensões e as dimensões *Depressão* e *Ansiedade* (DASS-21) e as dimensões do *BriefCope* (correlações de Pearson, interpretadas segundo os critérios de Cohen, 1988). Testámos associações (através de correlações de Pearson) entre as dimensões da DASS-21, do *BriefCOPE* e pontuação total de resiliência e a variável sociodemográfica idade e variáveis profissionais tempo de serviço e horas de trabalho semanal.

#### **2.4. Amostra**

A amostra ficou constituída por 89 Técnicos Superiores de Reinserção Social (TSRS). As variáveis sociodemográficas e profissionais são apresentadas na Tabela 1. O sexo feminino predominou ( $n = 67$ ; 75,3%). Uma grande percentagem dos TSRS era casada/vivia em união de facto ( $n = 59$ ; 66,3%). A variável Delegações foi dividida em três: *Norte*, *Centro*, *Sul e Ilhas*. A maioria dos inquiridos pertencia à Delegação do *Norte* ( $n = 31$ ; 34,8%). A variável competência foi dividida em duas: *competência mista* (integra a área penal e tutelar educativa), e *competência específica* (integra exclusivamente a área tutelar educativa ou a área penal). A maioria dos técnicos desempenhava funções em equipas de *competência mista* ( $n = 60$ ; 67,4%). Todos os

TSRS inquiridos eram detentores de uma licenciatura, sendo a mais predominante a de Psicologia ( $n = 27$ ; 30,3%), seguida da de Serviço Social ( $n = 25$ ; 28,1%).

Tabela 1

*Variáveis sociodemográficas e profissionais*

	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	22	24,7
Feminino	67	75,3
<b>Total</b>	89	100,0
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	15	16,9
Casado/União de Facto	59	66,3
Divorciado	13	14,6
Viúvo	2	2,2
<b>Total</b>	89	100,0
<b>Delegações</b>		
Norte	31	34,8
Centro	29	32,6
Sul e Ilhas	29	32,6
<b>Total</b>	89	100,0
<b>Competência</b>		
Mista	60	67,4
Específica	29	32,6
<b>Total</b>	89	100,0
<b>Formação Académica</b>		
Licenciatura em Serviço Social	25	28,1
Licenciatura em Psicologia	27	30,3
Licenciatura em Sociologia	6	6,7
Licenciatura em Direito	8	9,0
Licenciatura em Política Social	1	1,1
Licenciatura em Antropologia	2	2,2
Licenciatura em Filosofia	1	1,1
Licenciatura em História	1	1,1
Licenciatura em Ciências de Educação	1	1,1
Omissa	17	19,1
<b>Total</b>	89	100,0

*n* = número de sujeitos.

As horas de trabalho semanal variaram entre 35 e 50 horas ( $M = 40,1$ ;  $DP = 1,82$ ). A idade variou entre os 27 e 61 anos ( $M = 47,4$ ;  $DP = 7,10$ ). O tempo de serviço variou entre 3 e 444 meses (equivalente a 37 anos), revelando grande amplitude (Tabela 2).

Tabela 2

*Médias e desvios-padrão das variáveis horas de trabalho/semana, idade e tempo de serviço*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Varição
Horas de Trabalho/Semana	40,1	1,82	25-50
Idade	47,4	7,10	27-61
Tempo de Serviço (meses)	217,48	107,92	3-444

*M* = média; *DP* = desvio-padrão.

A dimensão da DASS-21 com pontuação média mais elevada foi o *Stresse* (Tabela 3).

Tabela 3  
Médias e desvio-padrão das dimensões da DASS-21

	M	Variação	DP	Variação Teórica	♂			♀		
					M	Variação	DP	M	Variação	DP
DASS - 21 Depressão	2,6	0 - 14	3,03	0-21	2,7	0 - 12	3,31	2,7	0 - 14	2,96
DASS - 21 Ansiedade	2,1	0 - 17	2,80	0-21	2,6	0 - 17	4,04	1,9	0 - 10	2,27
DASS - 21 Stress	6,0	0 - 19	4,04	0-21	4,7	0 - 18	4,77	6,4	0 - 19	3,71
DASS - 42 Depressão	5,2	-	-	-	5,4	-	-	5,4	-	-
DASS - 42 Ansiedade	4,2	-	-	-	5,2	-	-	3,8	-	-
DASS - 42 Stress	12,0	-	-	-	9,4	-	-	12,8	-	-

M = média; DP = desvio-padrão; ♂ homens; ♀ mulheres.

As dimensões do *Brief COPE* com médias mais elevadas foram: *Planear*, *Coping Ativo* e *Reinterpretação Positiva* (Tabela 4).

Tabela 4  
Médias e desvios-padrão das dimensões do BriefCOPE

	M	DP	Variação	Variação Teórica
BC - Auto Distração	2,7	1,22	0-6	0-6
BC - Coping Ativo	3,9	1,14	0-6	0-6
BC - Negação	1,1	1,21	0-5	0-6
BC - Uso de Substâncias	0,2	0,64	0-3	0-6
BC - Suporte Social e Emocional	2,9	1,49	0-6	0-6
BC - Desinvestimento Comportamental	0,6	0,91	0-3	0-6
BC - Expressão de Sentimentos	3,4	1,27	2-6	0-6
BC - Suporte Instrumental	2,9	1,29	0-6	0-6
BC - Reinterpretação Positiva	3,5	1,41	1-6	0-6
BC - Auto Culpabilização	2,2	1,03	0-4	0-6
BC - Planear	4,0	1,16	1-6	0-6
BC - Humor	2,5	1,14	0-6	0-6
BC - Aceitação	3,2	1,14	1-6	0-6
BC - Religião	2,1	1,80	0-6	0-6

M = média; DP = desvio-padrão; BC = BriefCOPE.

A pontuação média de *Resiliência* foi de 22,92 ( $DP = 3,91$ ; variação = 15-32), parecendo ser média atendendo à variação teórica (0-32).

## 2.4. Resultados

Um teste t de Student, por estado civil (recategorizamos a variável), mostrou não existirem diferenças nas dimensões da DASS-21, do *BriefCOPE* e pontuação total de resiliência. Com o mesmo teste exploramos diferenças nas mesmas variáveis por sexo. Apresentamos apenas os resultados significativos (Tabela 5). As mulheres utilizavam mais *Suporte Social Emocional* vs.

homens ( $M = 3,2$ ;  $DP = 1,53$ ; vs.  $M = 2,3$ ;  $DP = 1,12$ , respetivamente); e mais *Suporte Instrumental* vs. homens ( $M = 3,0$ ;  $DP = 1,3$ ; vs.  $M = 2,3$ ;  $DP = 1,12$ , respetivamente).

Tabela 5

Teste *t* de Student para Amostras Independentes: diferenças nas dimensões do BriefCOPE por sexo

	Homens <i>n</i> = 22		Mulheres <i>n</i> = 67		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
BC – Suporte Social Emocional	2,3	1,12	3,2	1,53	3,648	0,005
BC - Suporte Instrumental	2,3	1,12	3,0	1,30	1,360	0,010

*n* = número de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = teste *t* Student; *p* = nível de significância; BC = BriefCOPE.

Encontrámos diferenças estatisticamente significativas na pontuação total de *resiliência e stresse* (DASS-21) por Delegação. Os profissionais da Delegação do *Centro* apresentaram maior *resiliência* vs. da Delegação do *Norte* ( $M = 24,2$ ;  $DP = 4,47$ ; vs.  $M = 21,5$ ;  $DP = 2,71$ , respetivamente). Os profissionais da Delegação do *Norte* apresentaram maiores níveis de *stresse* vs. os da Delegação do *Sul e Ilhas* ( $M = 7,6$ ;  $DP = 4,36$ ; vs.  $M = 5$ ;  $DP = 3,15$ ) (Tabela 6).

Tabela 6

Teste ANOVA: diferenças na pontuação total de *resiliência e stresse* por delegação

	Delegação Norte (1) <i>n</i> = 31		Delegação Centro (2) <i>n</i> = 29		Delegação Sul e Ilhas (3) <i>n</i> = 29		F	<i>P</i>	Post-Hoc (Tukey)
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	Resiliência Total	21,5	2,71	24,2	4,47	23,2			
Stress	7,6	4,36	5,3	4,09	5,0	3,15	3,948	0,023	1 > 3

*n* = número de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão F = teste ANOVA; *p* = nível de significância.

Quanto ao tipo de competências, testes *t* de Student revelaram apenas diferenças estatisticamente significativas quanto à *Ansiedade* (DASS-21). Os profissionais com *competência mista* apresentavam níveis de *ansiedade* maiores vs. profissionais com *competência específica* ( $M = 2,5$ ;  $DP = 3,16$ ; vs.  $M = 1,2$ ;  $DP = 1,54$ ) (Tabela 7).

Tabela 7

Teste *t* de Student para Amostras Independentes: diferenças na variável *ansiedade* (DASS-21) por competências

	Competência Mista <i>n</i> = 60		Competência Específica <i>n</i> = 29		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ansiedade_DASS-21	2,5	3,16	1,2	1,54	2,136	0,035

*n* = número de sujeitos; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = teste *t* Student; *p* = nível de significância; DASS-21 = *Depression, Anxiety and Stress Scale*.

Em função das diferenças encontradas por sexo, Delegações e competência, fomos testar, através de correlações de Pearson, associações entre as variáveis centrais do estudo. Começamos por explorar associações entre a *Depressão* (DASS-21) e as dimensões do *BriefCOPE*, à exceção do *Uso de Suporte Social Emocional* e *Uso de Suporte Instrumental*, na amostra total. Não exploramos associações entre a *Ansiedade* (DASS-21), *Stress* (DASS-21), pontuação total de *resiliência* e dimensões do *BriefCOPE*, na amostra total, porque existiam diferenças nestas variáveis por Delegações e competência. Encontrámos associações estatisticamente significativas (na amostra total) entre a dimensão *Depressão* (DASS-21), a estratégia *Negação* ( $r = 0,311$ ;  $p < 0,01$ ) e a estratégia *Uso de Substâncias* ( $r = 0,317$ ;  $p < 0,01$ ).

Dado existirem diferenças de sexo nas estratégias *Uso de Suporte Social Emocional* e *Uso de Suporte Instrumental*, exploramos associações entre estas dimensões e as dimensões da DASS-21 e pontuação total de *resiliência*, separadamente, por sexo. No sexo masculino o uso de *Suporte Social Emocional* associou-se à *Depressão* (DASS-21) ( $r = 0,499$ ;  $p < 0,05$ ) e à *Ansiedade* (DASS-21) ( $r = 0,436$ ). O *Suporte Instrumental* associou-se, também, à *Depressão* (DASS-21) ( $r = 0,550$ ;  $p < 0,01$ ) e à *Ansiedade* (DASS-21) ( $r = 0,488$ ;  $p < 0,05$ ). No caso do sexo feminino não se verificaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis.

Como encontramos diferenças por Delegação na pontuação total da *Resiliência* e de *stresse* exploramos associações entre esta variável e as dimensões do *BriefCOPE* e da DASS-21 separadamente por Delegação. Na Delegação do *Norte* encontraram-se associações estatisticamente significativas e positivas entre a pontuação total de *resiliência* e o *Coping Ativo* ( $r = 0,467$ ;  $p < 0,01$ ) e a *Reinterpretação Positiva* ( $r = 0,418$ ;  $p < 0,01$ ). O *Stress* associou-se significativamente de forma positiva à *Expressão de Sentimentos* ( $r = 0,418$ ;  $p < 0,05$ ) e de forma negativa à *Aceitação* ( $r = -0,424$ ;  $p < 0,05$ ). Na Delegação do *Centro* a pontuação total da *Resiliência* correlacionou-se significativa e negativamente com a *Depressão* (DASS-21) ( $r = -0,593$ ;  $p < 0,05$ ), a *Ansiedade* (DASS-21) ( $r = -0,397$ ;  $p < 0,05$ ), o *Stress* (DASS-21) ( $r = -0,427$ ;  $p < 0,05$ ), a *Autodistração* ( $r = -0,464$ ;  $p = 0,05$ ) e *Suporte Social Emocional* ( $r = -0,387$ ;  $p = 0,05$ ). Por outro lado, correlacionou-se de forma positiva com o *Uso de Substâncias* ( $r = 0,521$ ;  $p < 0,05$ ). A *Depressão* associou-se ao *Uso de Substâncias* ( $r = 0,649$ ;  $p < 0,01$ ), *Ansiedade* ( $r = 0,726$ ;  $p < 0,01$ ) e *Stress* ( $r = 0,594$ ;  $p < 0,01$ ). Na Delegação do *Sul e Ilhas* a pontuação total de *Resiliência* correlacionou-se significativamente e positivamente à

*Reinterpretação Positiva* ( $r = 0,574$ ;  $p < 0,01$ ) e ao *Planear* ( $r = 0,504$ ;  $p < 0,05$ ). A *Ansiedade* associou-se estatisticamente (de forma positiva) à *Negação* ( $r = 0,573$ ;  $p < 0,01$ ).

Nos técnicos de equipas com *competência mista*, a *Ansiedade* associou-se significativamente (e positivamente) com a *Negação* ( $r = 0,279$ ;  $p < 0,01$ ) e *Uso de substâncias* ( $r = 0,504$ ;  $p < 0,01$ ) e nos técnicos com *competência específica* com a *Negação* ( $r = 0,299$ ;  $p < 0,01$ ).

Não foram encontradas associações entre as variáveis centrais do estudo, a idade, o tempo de serviço e horas semanais de trabalho.

### **3. Discussão**

O presente estudo procurou analisar os níveis de sintomas depressivos e ansiosos e de stresse, as estratégias de *coping* e a resiliência total dos TSRS, que desempenham funções na DGRSP e explorar as associações entre todas estas variáveis (entre si) e com diferentes variáveis demográficas e profissionais. Como referido, os estudos em Portugal, a este nível, são inexistentes; a nível internacional encontramos estudos sobre stresse promovidos pela própria organização, os serviços de *Probation*, que revelam preocupação em proteger o supremo interesse dos seus profissionais. Os nossos dados serão comparados com alguns destes estudos.

Podemos constatar que, na escala DASS-21, a dimensão com média mais elevadas foi o *Stresse* ( $M = 6,00$ ). Apesar da média não parecer muito elevada e de não existirem em Portugal estudos que permitam comparar os resultados, não podemos descurar a amplitude de resultados (entre 0 e 19), significando que alguns técnicos estavam sujeitos a elevados níveis de stresse. Comparando os dados obtidos com os pontos de corte da DASS-42, os níveis de stresse foram normais para os homens ( $M = 9,4$ ) e mulheres ( $M = 12,8$ ), dados consonantes com os de Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), numa amostra de utentes de um Centro de Saúde, realizada em Portugal, em que os níveis de stresse foram semelhantes por sexo (tal como no nosso estudo). Considerando os níveis de stresse e as diferenças por sexo, os estudos são contraditórios, existindo os que não encontram diferenças significativas (Maslach et al., 2001) e os que encontram maiores níveis de stresse no sexo feminino (Oliveira e Lipp, 2009; Silva e Gomes, 2009). Num estudo holandês, nos serviços de *Probation*, as mulheres mostraram ser mais vulneráveis ao stresse (Weiland et al., 2013). O tema necessita de maior aprofundamento.

No nosso estudo, os níveis de depressão revelaram-se normais para o sexo masculino ( $M = 5,4$ ) e para o sexo feminino ( $M = 5,4$ ) e não se encontraram diferenças estatisticamente

significativas a este nível. Este dado não é consonante com o de Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), em que os níveis de depressão foram superiores no sexo feminino. Por fim, quanto à ansiedade, os níveis mostraram ser normais em ambos os sexos (sexo masculino,  $M = 5,2$ ; sexo feminino = 3,8) por comparação com os dados de Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas por sexo, algo dissonante do encontrado por estes autores, que verificaram níveis maiores de ansiedade entre as mulheres. Em estudos futuros será importante estudar os traços de personalidade das mulheres que são TSRS, para explorar se podem ter influenciado este resultado, uma vez que é reconhecida a associação entre estes traços (e.g. neuroticismo) e os níveis de ansiedade e depressão, por sexo.

Quanto ao estado civil, este pode influenciar os níveis de stresse, existindo algum consenso na literatura. As pessoas que vivem em união de facto/casadas são menos suscetíveis a sentirem níveis de stresse elevados, nomeadamente pelo apoio que a família pode prestar (Maslach e Jackson, 1985; Maslach et al., 2001; Silva e Gomes, 2009). Na nossa amostra, mais de metade dos técnicos (66,3%) era casado/vivia em união de facto, o que pode explicar as estratégias de *coping: Suporte Social Emocional* por parte das mulheres. Maslach e Jackson (1985) e Clarke (2013) acreditam que a vida familiar para além de um recurso emocional, pode tornar as pessoas mais experientes na relação com os outros e mais pacientes; relatam que a existência de filhos pode ainda aumentar mais esta competência, variável que não foi explorada no presente estudo.

Ainda ao nível da dimensão stresse, foram encontradas diferenças significativas entre as três Delegações, isto é, os técnicos da Delegação do *Norte* apresentam níveis mais elevados de stresse. Na literatura não foram encontrados estudos que expliquem estes dados, desta forma em futuros estudos, será importante compreender as razões subjacentes a estas diferenças. Também ao nível da organização das equipas, ou seja, equipas de *competência mista* vs. *específica*, foram encontradas diferenças significativas, no que diz respeito à *Ansiedade* (DASS-21). As equipas de *competência mista* revelaram níveis de *ansiedade* maiores. Estes dados, face à inexistência de estudos, nesta área, não são suscetíveis de comparação. Porém, podemos colocar como hipótese explicativa a maior diversidade de tarefas nestas equipas, por comparação às equipas de *competência específica*. Podemos ainda salientar, que num estudo com técnicos de *Probation*, o sexo, a idade, o tempo despendido no contacto cara a cara com os clientes e o tipo de crime contribuíram para aumentar os níveis de stresse. Nesta amostra os acompanhamentos diziam respeito a indivíduos, maioritariamente, do sexo masculino (84%). O acompanhamento de jovens

elevava os níveis de stresse dos técnicos, designadamente por estes se encontrarem numa fase de desenvolvimento em que os comportamentos eram mais imprevisíveis. Também existia uma correlação positiva entre o tempo que os técnicos despendiam no contacto cara a cara e resiliência (Weiland et al., 2013). Estes foram dados que não foram explorados mas em futuros estudos devem ser considerados tendo em conta que nos podem dar informações cruciais para uma melhor compreensão dos resultados obtidos em termos de Delegações e de competência.

Todos os elementos da amostra têm habilitações literárias de nível superior, espelhando a exigência da obrigatoriedade do grau de licenciatura para ingresso na carreira de Técnico Superior de Reinserção Social. Apesar de alguns estudos terem concluído que um maior nível de escolarização está associado a níveis mais elevados de stresse, no presente estudo não é possível realizar comparações, pelo facto da totalidade da amostra ser detentora de grau académico de licenciatura. É possível que os indivíduos licenciados tenham empregos com maiores responsabilidades, conduzindo a elevados níveis de stresse. Adicionalmente podem apresentar expectativas mais elevadas relativamente à sua carreira e quando estas não são alcançadas surgem sentimentos de desânimo e infelicidade (Maslach e Jackson, 1985; Maslach et al., 2001). No entanto, estes dados não foram corroborados por Oliveira e Lipp (2009) que, num estudo realizado a Juizes e Servidores Públicos, no Brasil, concluíram que os indivíduos com maior nível de escolaridade eram aqueles que apresentavam níveis de stresse menos elevados.

O nosso estudo revela uma média de idades de 47 anos, com variação entre 27 e 61 anos. Em termos de tempo de serviço a média é de 18 anos, existindo uma grande amplitude entre os 3 meses e os 37 anos. Estas variáveis podem ser explicadas pela não abertura de concursos públicos nesta área (o último foi em 2009), que face à conjuntura nacional, estão congelados, sendo que aqueles que ingressaram há menos tempo fizeram-no através da mobilidade. A média de idades dos TSRS e o tempo de serviço são elevados, o que pode funcionar como um fator protetor face aos elevados níveis de stresse. Segundo alguns estudos, o *burnout* é uma resposta prolongada ao stresse emocional e interpessoal no trabalho, caracterizada por exaustão, despersonalização e ineficácia (Maslach et al., 2001). O *burnout* é mais frequente entre os trabalhadores mais jovens e em início de carreira (Mcintyre, McIntyre e Silvério, 1999); uma das razões apontadas para este dado é o facto dos jovens trabalhadores tenderem a abandonar os seus postos de trabalho, ficando aqueles que são mais resistentes (Maslach et al., 2001). Na área da saúde, num estudo realizado com enfermeiros, estes dados são corroborados: os mais

inexperientes (até 5 anos de experiência) são os mais expostos a elevados níveis de stresse, sendo as razões apontadas o excesso de trabalho, a instabilidade profissional e a remuneração auferida (Silva e Gomes, 2009). Estes resultados parecem consonantes com os resultados quanto ao nível da resiliência nos serviços de *Probation* que mostram que os trabalhadores mais jovens são menos resilientes; num estudo realizado na Holanda a idade média dos trabalhadores foi de 39 anos, portanto, inferior à deste estudo (Clarke, 2013; Weiland et al., 2013). Clarke (2013) num estudo intitulado *Projeto SPORE* tinha como um dos vários objetivos investigar a resistência dos funcionários dentro dos serviços *Probation*, em quatro países Europeus (Holanda, Estónia, Bulgária, Letónia), concluindo que os trabalhadores mais inexperientes experimentavam maiores níveis de angústia relacionada com o trabalho. Tendo em conta que no nosso estudo a média de idades ( $M = 47,4$ ) dos TSRS é reveladora de maturidade bem como a média de meses de serviço é elevada ( $M = 217,48$ ), atendendo à variação teórica da EARG e aos dados de Pereira e Jardim (2006), tal pode explicar o valor médio ( $M = 22,92$ ) de resiliência destes técnicos.

No nosso estudo o número de horas de trabalho por semana foi, na maioria, de 40 horas. Nos serviços de *Probation* Holandeses uma semana de trabalho tem a duração de 34 horas. Quanto aos serviços de *Probation*, a Holanda é o país com o maior número de horas de trabalho. Uma semana longa de trabalho está associada ao risco de *burnout* (Weiland et al., 2013). Apesar disto, no nosso estudo, o tempo de serviço não se correlacionou com o stresse. É possível que tal se fique a dever ao facto do instrumento usado para avaliar o stresse não avaliar especificamente o stresse profissional ou *burnout*. Por outro lado, as estratégias de *coping* utilizadas pelos TSRS da nossa amostra também podem ajudar a perceber a ausência de uma associação significativa.

Pudemos constatar que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos TSRS foram *Planear*, *Coping Ativo e Reinterpretação Positiva*, estratégias que podem ser vistas como positivas (Ribeiro e Rodrigues, 2004). Tendo em conta os estudos realizados nos serviços de *Probation*, a estratégia de *coping* mais utilizada é o *Suporte/apoio social* da família, dos superiores hierárquicos e de amigos (Dolan e Ender, 2008; Maslach et al., 2001; Stohr e Walsh, 2012). Também num estudo realizado com polícias as estratégias de *coping* mais utilizadas prenderam-se com o *Suporte/apoio social* da família, a *Reinterpretação Positiva* e o apoio na *Religião* (Coleta e Coleta, 2008). Apesar de estes dados serem diferentes dos do nosso estudo, segundo os autores, estes profissionais tendem, também, a combater a experiência de stresse através da *Reinterpretação positiva*, dado consonante com o nosso estudo, na medida que uma das

estratégias utilizadas foi, precisamente, a *Reinterpretação positiva* (Coleta e Coleta, 2008). As diferenças entre os resultados deste estudo e o nosso, podem relacionar-se com questões culturais e com o funcionamento das próprias organizações (e.g. sentimento de maior apoio por parte dos superiores hierárquicos). As variáveis que contribuem para estas diferenças devem ser exploradas em futuros estudos. Num estudo com agentes penitenciários a *Reinterpretação positiva* relacionou-se com a diminuição do risco de *burnout*. O *Uso de suporte/apoio social* apenas se associou a níveis mais elevados de realização pessoal (Gould, Watson, Price e Valliant, 2013). Outro dado, dos serviços de *Probation*, consonante com os nossos resultados, refere-se ao *Coping* ativo, com o propósito de enfrentarem a situação que originou o stresse, permitindo um grau de distanciamento emocional dos problemas laborais (Stohr e Walsh, 2012).

Verificaram-se diferenças significativas, por sexo, no uso de estratégias de *coping*. As mulheres usaram mais *Suporte Social Emocional* (González-Morales, Rodríguez e Peiró, 2010) e *Instrumental*, o que pode relacionar-se com a socialização. As mulheres foram melhor preparadas para lidar com as exigências emocionais e interpessoais (Puranova e Muros, 2010). Este apoio é muitas vezes fornecido por colegas de trabalho ou superiores hierárquicos. Porém, o apoio dado por colegas de trabalho é mais eficaz do que o dado pelos superiores (Antoniazzi et al., 1998). Num estudo com professores (ainda que uma amostra diferente da nossa), os homens não utilizaram tanto o apoio social. O facto do sexo masculino recorrer a estas estratégias pode ser visto como fraqueza, gerando desconforto (González-Morales, Rodríguez e Peiró, 2010).

Num estudo realizado por Devereux, Hastings, Noone, Firth e Totsika (2009), que visava perceber quais as estratégias de *coping* que os profissionais que trabalham com a doença mental utilizavam, para fazer face às exigências profissionais (não sendo igual ao que sucede com os TSRS, a doença mental pode ser encontrada nos delinquentes), a *Reinterpretação Positiva* mediou a relação entre *Stresse* e exigências profissionais. O *Coping Ativo* influenciou a realização pessoal e o *Suporte Emocional Social* foi moderador do impacto das exigências laborais sobre a realização pessoal. Os TSRS da nossa amostra parecem utilizar, também, como estratégias de *coping* a *Reinterpretação Positiva* e o *Coping Ativo*; nestes casos, face ao trabalho burocrático e prazos a que estão sujeitos, hipotetizamos que o *Planear*, focado na resolução de problemas, pode funcionar como uma técnica imprescindível e, por conseguinte, mais eficaz.

No presente estudo foi possível constatar que quanto maior é a *depressão*, *ansiedade* e *stresse* mais os TSRS recorrem a estratégias de *coping* menos adaptativas (*Uso de Substâncias*,

*Negação*) e são, também, menos resilientes. Por outro lado, quanto menor é a depressão, ansiedade e stresse, mais os TSRS utilizam estratégias de *coping* adaptativas, subjacentes a emoções positivas (*Reinterpretação Positiva, Coping Ativo*). Tal como esperado, no geral, maiores níveis de resiliência associam-se, como noutros profissionais, a estratégias mais positivas de *coping* e maiores níveis de sintomas a estratégias mais negativas de *coping*.

Estudos concluem que determinadas características da personalidade, incluindo o neuroticismo (fator de risco para a depressão) associam-se a estratégias de *coping* menos adaptativas (e.g. *Uso de Substâncias*) e menos eficazes em muitos acontecimentos, conduzindo a um aumento da tensão, fator que os torna mais vulneráveis e pode conduzir a problemas de saúde graves. Já uma maior resiliência associa-se a estratégias de *coping* mais positivas (*Coping Ativo, Reinterpretação Positiva, Planear*) (Clarke e Cooper, 2000). Shin et al. (2014) concluíram que o *coping* focado no problema correlacionou-se negativamente com o *burnout*, sendo mais adaptativo, e que o *coping* focado nas emoções correlacionou-se de forma positiva com *burnout*. O uso de estratégias de *coping* focado nas emoções associou-se ao neuroticismo e a menor satisfação com a vida, embora nas estratégias de *coping* focado na emoção se tenham destacado como estratégias mais positivas a *Reinterpretação Positiva, Apoio/Suporte Emocional Social, Aceitação e Religião*. Vaz Serra (2011) refere que pontuações elevadas de neuroticismo predizem uma atitude passiva quanto às estratégias de *coping*: deixar-se arrastar pelos acontecimentos, envolver-se em estratégias de fuga/evitamento e lidar apenas com as emoções. Já pessoas confiantes que acreditam em si, revelam abertura à experiência e mudança, e por isso, consideram as situações de stresse como um desafio e uma oportunidade de crescimento pessoal.

Pensamos que seria interessante que, no futuro, os estudos procurassem integrar, para além do conhecimento dos profissionais envolvidos, programas de prevenção/terapêuticos que permitissem minorar as consequências que as exigências profissionais têm sobre a saúde mental e física dos trabalhadores. Nos Estados Unidos, existem programas que apoiam os técnicos de *Probation* para redução dos níveis de stresse (*National Institute of Justice, 2005*). Na Califórnia, os trabalhadores podem recorrer a aconselhamento individual, aconselhamento durante um incidente crítico, prestado no local do incidente ou a sessões que ajudam os técnicos a lidar com o stresse (Stohr e Walsh, 2012). No Texas, os técnicos de *Probation* recorreram ao apoio de peritos externos em sessões que contemplaram quatro módulos: natureza do stresse e *burnout*, como o stresse afeta o indivíduo e que recursos existem para lidar com este; como é que a

organização contribui para o stresse dos funcionários; como é que a personalidade pode contribuir para o stresse e ensino de mecanismos de *coping* eficazes; *role plays* para ensinar formas positivas de comunicação sobre o stresse. Seis meses após a formação, os níveis de desgaste foram muito inferiores (*vs.* técnicos que não tiveram formação) (Stohr e Walsh, 2012).

Uma das limitações deste estudo prendeu-se com a escassa literatura sobre a temática, em Portugal. No nosso país, os estudos com esta população são inexistentes, impedindo comparações mais aprofundadas dos resultados obtidos. No futuro seria importante abranger um maior número de TSRS. Consideramos pertinente introduzir variáveis que neste estudo não foram consideradas, como a existência de filhos e a pertença a uma religião, visto que, de acordo com a literatura, ambos podem funcionar como aspetos positivos (estratégias de *coping* positivas) e aumentarem ainda os níveis de resiliência. Seria benéfico, ainda, explorar mais variáveis relacionadas com a profissão: número de casos que os TSRS acompanham, sexo e idade dos indivíduos acompanhados, tipo de crimes mais predominantes, tempo despendido no contacto cara a cara com os arguidos/condenados, presença ou não de acompanhamento de indivíduos com doença mental bem como se existiu alguma vez um incidente crítico (i.e., se foram vítimas de agressão física, verbal ou ameaças). Uma mais valia passaria por explorar aspetos organizacionais: se existe discussão/supervisão de casos; autonomia dos técnicos e a imposição massiva de procedimentos. A exploração destas variáveis permitiria clarificar os dados e confirmar ou não as hipóteses que foram sendo apresentadas. Segundo alguns autores, a personalidade influencia as estratégias de *coping* utilizadas e contribui para a diminuição/aumento dos níveis de resiliência. Poderíamos utilizar o NEO PI R (Lima e Simões, 2000), para perceber se os traços de personalidade influenciam as estratégias adotadas no âmbito laboral.

Adicionalmente, temos de atentar que na DASS-21, a avaliação da variável *Stresse* é direcionada para várias vertentes da vida quotidiana, não se circunscrevendo ao stresse ocupacional. Pelo exposto, será importante, no futuro, recorrer a instrumentos específicos que avaliem esta variável. Inicialmente pensámos recorrer ao *Maslach Burnout Inventory, Human Services* (MBI-HSS), versão adaptada para a população portuguesa, mas antevíamos dificuldade na cedência de autorização por parte do autor responsável pela adaptação, o que poderia comprometer um imperativo ético essencial. Ainda neste âmbito, seria imprescindível explorar

melhor as diferenças encontradas por Delegação e competência quanto aos níveis de stresse para destringer quais os motivos que estão na base dessas diferenças.

#### **4. Referências Bibliográficas**

Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. e Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* 3(2), 273-294.

Apóstolo, J., Ventura A., Caetano, C. e Costa, S. (2008). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Revista Referência*, 2(8), 45-49.

Apóstolo, J.L.A., Mendes, A.C. e Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Sacale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.

Apóstolo, J. L. A., Tanner, B. A. e Arfken, C. L. (2012). Confirmatory factor analysis of the portuguese Depression Anxiety Stress Scales-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 590–596.

Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B. e Schreurs, P. J. (2003). A multigroup analysis of the Job Demands-Resources Model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 10(1), 16.

Branco, A. I. M. D. C. (2010). *Stresse profissional na polícia: Um estudo exploratório sobre a influência das variáveis tempo de serviço e sexo*. Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade de Lisboa.

Brandao, J. M., Mahfoud, M. e Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21(49), 263–271.

Buunk, A. P., Peiró, J. M., Rodríguez, I. e Bravo, M. J. (2007). A loss of status and a sense of defeat: an evolutionary perspective on professional burnout. *European Journal of Personality*, 21(4), 471–485.

Carver, C. S. (1977). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *Internacional Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

Carver, C. S., Scheier, M. F. e Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267.

Clarke, J. (2013). *Sustaining Probation Officer Resilience in Europe (SPORE): A Transnational Study*. State Probation Service of Latvia.

Clarke, S. G. e Cooper, C. L. (2000). The risk management of occupational stress. *Health, Risk & Society*, 2(2), 173–187.

Clarke, S. e Cooper, C. (2004). *Managing the Risk of Workplace Stress: Health and Safety Hazards* (Edition Unstated.). Routledge.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Coleta, A. D. S. M. D. e Coleta, M. F. D. (2008). Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. *PsicoUSF*, 13(1), 59–68.

Decreto-Lei nº 215/2012 de 28 de setembro.

Decreto-Lei nº 319/82 de 11 de agosto.

Devereux, J., Hastings, R., Noone, S., Firth, A, e Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disability*, 30, 367-377.

de Sousa, I. F., Mendonça, H., Zanini, D. S. e Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Estudos, Goiânia*, 36(1/2), 57-64.

Direção de Serviços de Assessoria Técnica e Execução de Penas na Comunidade (2013). *Manual de*

*procedimentos: planeamento e execução de penas e medidas na comunidade.* Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

Dolan, C. A. e Ender, M. G. (2008). The coping paradox: Work, stress, and coping in the U.S. Army. *Military Psychology*, 20(3), 151–169.

Finn, P. e Kuck, S. (2004). *Addressing Probation and Parole Officer Stress*. Washington: Department of Justice.

Folkman, S. e Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745–774.

Gallego, E. A. e Ríos, F. L. (1991). El Síndrome de “ Burnout ” o el desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 267–273.

González-Morales, M. G., Rodríguez, I. e Peiró, J. M. (2010). A longitudinal study of coping and gender in a female-dominated occupation: Predicting teachers’ burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1), 29–44.

Gould, D. D., Watson, S. L., Price, S. R. e Valliant, P. M. (2013). The relationship between burnout and coping in adult and young offender center correctional officers: An exploratory investigation. *Psychological Services*, 10(1), 37–47.

Jardim, J. e Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.

Kalimo, R., Batawi, El, M. A. e Cooper, C. L. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Genebra: Organización Mundial De La Salud.

Klaus, J. F. (1998). *Handbook on Probation Services: Guidelines for Probation Practitioners (Publication)*. London: Unipub.

Kop, N., Euwema, M. e Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers. *Work & Stress*, 13(4), 326–340.

Lima, M. e Simões, A. (2000). *NEO-PI- R – Inventário de Personalidade NEO Revisão. Manual Profissional*. Lisboa: Cegoc.

Lovibond, S.H. e Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation. ISBN 7334-1423-0

Maslach, C. e Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*, 12(7-8), 837–851.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. e Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.

Massaro, J. (2005). *Overview of the Mental Health Service System for Criminal Justice Professionals*. Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion.

Mcintyre, T. M., McIntyre, S. E. e Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17(3), 513–527.

National Institute of Justice (U.S.) (2005). *Stress among probation and parole officers and what can be done about it*. Washington: Department of Justice.

Oginska-Bulik, N. (2005). Emotional intelligence in the workplace: Exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(2), 167–175.

Oliveira, J. B. e Lipp, M. E. N. (2009). Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 29(2), 287–306.

Paton, Violanti, Johnston, Burke, Clarke e Keenan (2008). Stress shield: A model of police resiliency. *International Journal of Emergency Mental Health*, 10(2), 95-107.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. e Oliveira, R. de. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(2), 135–143.

Pinheiro, D. P. N. (2004). Resilience in discussion. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67–75.

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N., (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais:*

*a complementaridade do SPSS* (5ª Ed). Lisboa: Edições Silabo.

Purvanova, R. K. e Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185.

Ribeiro, J. L. e Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3–15.

Santos, A. F. de O. e Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 245–253.

Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H. e Lee, S. M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 44–56.

Silva, M. D. C. M. e Gomes, A. R. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(3), 239–248.

Stohr, Mary K. e Walsh Anthony (2012). Correction: The Essentials. *Probation and Community Corrections* (91-107). Missouri State University: SAGE Publications, Inc.

Vaz-Serra, A. (2011). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Revista e Aumentada.

Weiland, A. S., Vogelvang, B. e Vosters, N. (2013). *Sustaining Probations Officers' Resilience in Europe*. Comissão Europeia.

Wiese, L., Rothmann, S. e Storm, K. (2003). Coping, stress and burnout in the South African police service in KwaZulu-Natal. *SA Journal of Industrial Psychology*, 29(4), 71-80.

Yunes, M. A. M. (2003). Positive psychology and resilience: focus on the individual and families. *Psicologia em Estudo*, 8(SPE), 75–84.