

Programas de manejo de estresse ocupacional: uma revisão sistemática da literatura¹

Occupational stress management programs: a systematic literature review

Sheila Giardini Murta^{2 3}
Universidade Católica de Goiás

Resumo

Esta revisão buscou identificar as características metodológicas e de intervenção de programas de manejo de estresse ocupacional. Sessenta e um estudos, acessados através de bancos de dados eletrônicos, foram codificados, e os dados analisados através do programa estatístico SPSS. Os resultados indicaram que os programas têm sido implementados principalmente junto a profissionais de saúde e educação, com amostras pequenas, delineamentos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de variáveis dependentes individuais e técnicas cognitivo-comportamentais. Foram encontradas evidências de que os programas com conteúdo multicomponente são os mais efetivos na redução de indicadores individuais, como ansiedade e depressão. Implicações para novos estudos e aplicação são discutidas.

Palavras-chave: intervenção; estresse ocupacional; cognitivo-comportamental

Abstract

The aim of this review is to identify the methodological and interventor characteristics of occupational stress management programs. Sixty one studies were found by electronic data bases. Subsequently they were codified and their data were analysed by the statistical program SPSS. The results indicated that the programs have been implemented mainly in education and health contexts, with small samples, quasi-experimental and experimental designs, evaluation of individual dependent variables and cognitive-behavioral techniques. Evidences that multicomponent content programs are more effective in the reduction of individual indicators, as anxiety and depression, were found. Implications to new studies and application are discussed.

Key-words: intervention; occupational stress; cognitive-behavioral

¹Este trabalho é derivado da Tese de Doutorado da autora, feita no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação do Prof. Dr. Bartholomeu Tórrres Tróccoli

²Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Avenida Universitária, N. 1440, Setor Universitário, Goiânia, GO. CEP: 74605-010. E-mail: murta@cultura.com.br

³A autora agradece à CAPES o apoio financeiro para realização deste trabalho, feito durante "doutorado sanduíche" na Queensland University of Technology (Brisbane, Austrália).

A estreita relação entre trabalho e adoecimento vem sendo objeto de estudos científicos desde há várias décadas (Dejours, 1980/1992). De modo geral, o foco do estudo tem sido a compreensão das condições que potencializam o surgimento das doenças ocupacionais e para o desenvolvimento de métodos de prevenção e controle dessas doenças. Dentre os custos comuns para a saúde do trabalhador, encontram-se problemas associados ao estresse (Dias, Mendes e Schwartz, 2002). Um dos modelos teóricos usados para se compreender o estresse ocupacional é o modelo de desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho, de Johannes Siegrist (Siegrist, 2001). Este modelo postula que o estresse ocupacional é uma resposta a um desequilíbrio entre alto esforço (demandas e obrigações no trabalho) e baixa recompensa (dinheiro, estima, segurança e progresso na carreira, entre outros). Certas características do ambiente de trabalho podem gerar tal desequilíbrio, como pressão para produtividade, retaliação por parte de chefias, condições desfavoráveis à segurança, indisponibilidade de treinamento e orientação, falta de controle do trabalhador sobre a tarefa, ausência de plano de carreira, problemas de comunicação e trabalho noturno (Calnan, Wainwright e Almond, 2000). A falta de reciprocidade entre esforço e recompensa pode resultar em ativação fisiológica em longo prazo e conseqüentes respostas físicas e psicológicas de estresse. Tais respostas podem ser extremamente variáveis, a depender de fatores situacionais, como suporte social, e fatores individuais, como predisposição genética, estilo de vida e estratégias de enfrentamento (Baum e Posluszny, 1999).

Evidências indicam que respostas individuais de enfrentamento podem minimizar o impacto negativo das condições e organização do trabalho e diminuir o risco de adoecimento (Koeske, Kirk e Koeske, 1993; Parkes, 1990). Em decorrência disto, intervenções para manejo de estresse ocupacional que buscam promover um repertório saudável de estratégias

de enfrentamento ao estresse vêm sendo desenvolvidas. Essas intervenções visam diversificar as estratégias para lidar com situações estressoras e ampliar o controle do trabalhador sobre a sua saúde (Ivancevich, Matteson, Freedman e Philips, 1990). Ao lado de intervenções individuais, intervenções de interface (voltadas para a relação da pessoa com o ambiente de trabalho, em aspectos como participação, autonomia e melhoria de trabalho em equipe), intervenções organizacionais (direcionadas a mudanças em estressores situacionais presentes no ambiente de trabalho, tais como estrutura organizacional, condições de segurança, treinamento e desenvolvimento) e intervenções combinadas também vêm sendo estudadas. Todavia, intervenções individuais são mais freqüentemente conduzidas e publicadas, provavelmente por serem de implementação mais viável. Isto por serem menos intrusivas na rotina de uma organização (Murphy, 1984a), por não entrarem em conflito direto com a resistência à mudança em práticas organizacionais (DeFrank e Cooper, 1987) e por terem custos menores com delimitação e implementação (Bellarosa e Chen, 1997).

Revisões anteriores têm descrito alguns aspectos dos programas de manejo de estresse ocupacional, como seu conteúdo, delimitação (Van der Heck e Plomp, 1997), efeitos sobre indicadores de saúde (Murphy, 1996) e análise estatística dos dados (Bunce e Stephenson, 2000). Tais revisões têm focado a avaliação de resultados destes programas ou avaliação "caixa-preta", sem se deter sobre o diagnóstico de necessidades anterior à intervenção (avaliação de necessidades) ou sobre o monitoramento do programa durante sua implementação (avaliação de processo) (Van der Klink, Blonk, Schene e Van Dijk, 2001). Alguns autores (Bunce, 1997; Nytro, Saksvik, Mikkelsen, Bohle e Quinlan, 2000; Saksvik, Nytro, Dahl-Jorgensen e Mikkelsen, 2002) argumentam que o modelo de avaliação pré e pós-teste é insuficiente para se compreender

mais claramente a efetividade dos programas de manejo de estresse ocupacional. Eles defendem que tais programas sejam monitorados durante sua implementação, já que o modo como uma intervenção é conduzida é tão importante quanto o seu conteúdo. Com base nisto, realizou-se esta revisão da literatura especializada com o objetivo de identificar os contextos ocupacionais em que são realizados os programas de manejo de estresse ocupacional com foco no indivíduo, o conteúdo e formato das intervenções, características da avaliação e as evidências de efetividade de tais programas.

Método

Busca e critérios de seleção dos artigos

Foram considerados critérios de inclusão nesta revisão: (1) artigos publicados (2) em língua portuguesa ou inglesa, (3) acerca de intervenções com trabalhadores, (4) voltadas para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento individuais ao estresse (ainda que comparadas a outros tipos de intervenção) e (5) com avaliação formal de resultados. Os artigos foram localizados principalmente através de consulta a referências bibliográficas de revisões recentes (Bunce e Stephenson, 2000; Van der Heck e Plomp, 1997; Van der Klink e cols., 2001) e de busca a bancos de dados eletrônicos. Os bancos de dados consultados foram LILACS, PsycINFO, MEDline, ProQuest Psychology Journals, PsycARTICLES, Professional Development Collection, CINAHL, Business Source Elite, ABI, Ergonomic Abstracts Online, e Health Reference Center Academic. As palavras-chave utilizadas foram "Occupational Stress Management", "Worksite Stress Management", "Workplace Stress Management", "Work-based Stress Management" combinadas com "Intervention or Program or Training". Fez-se também uma busca manual em livros e periódicos relevantes, nacionais e internacionais.

Procedimento

Todos os artigos foram codificados em 11 critérios: estudo, delineamento, participantes, contexto, foco, formato da intervenção, conteúdo da intervenção, avaliação de necessidades, avaliação de processo, avaliação de resultados e resultados. Os critérios foram adaptados de Oldenburg, Ellis, Kelenshian e Pan (1994), com exceção de "avaliação de necessidades", adaptado de Hawe, Degeling e Hall (1990) e "avaliação de processo", adaptado de Steckler e Linnan (2002). Os critérios estão definidos na Tabela 1.

Os dados relativos a cada artigo foram inicialmente escritos em uma folha de codificação padronizada e em seguida inseridos no Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS). As análises foram feitas usando-se as frequências absolutas e porcentagens de cada variável de interesse, bem como uma análise qualitativa de variáveis não-numéricas a fim de identificar predominâncias e tendências.

Resultados

A busca resultou em 90 artigos que correspondem de fato a 89 estudos, publicados entre 1977 e 2003. Destes, 28 artigos foram excluídos: 23 não apresentavam intervenções com foco no indivíduo (eram exclusivamente de foco organizacional, interface e/ou combinado), quatro artigos não apresentavam avaliação formal de resultados e um artigo descrevia uma intervenção focada em segurança ocupacional e não em manejo de estresse. A amostra final foi composta por 61 artigos, alvo da revisão ora descrita.

Contextos de Implementação

Conforme a literatura revisada, a produção científica em programas de manejo de estresse ocupacional focados no indivíduo teve início nos anos 1970 e vem crescendo gradativamente nas últimas décadas. Identificou-se um

Tabela 1. Definição de critérios usados na codificação dos estudos.

| Critério | Definição |
|----------------------------------|--|
| Estudo | Autores, ano, periódico e país onde a intervenção foi implementada. |
| Delineamento | Experimental (estudo com grupo controle ou de comparação randômicos), quase-experimental (estudo com grupo controle ou de comparação não randômicos) ou não experimental (estudo com pré e pós-teste, sem grupo de controle ou comparação). Número de <i>follow-ups</i> , tempo (em meses) transcorrido entre a intervenção e o primeiro <i>follow-up</i> . |
| Participantes | Número de sujeitos, grupo ocupacional e nível de estresse inicial. |
| Contexto | Tipo de ambiente ocupacional de onde a amostra foi recrutada, como escolas, instituições de saúde, indústrias, instituição financeira ou outros. |
| Foco | Individual (baseada em técnicas cognitivo-comportamentais, relaxamento, meditação, biofeedback ou multimodal), organizacional (voltada para a estrutura organizacional, seleção, treinamento, condições ambientais e físicas e reestruturação do trabalho), interface (dirigida às relações no trabalho, encaixe pessoa-ambiente, questões de papel, participação e autonomia) ou combinado (combinação de intervenções individual com organizacional ou interface). |
| Formato da intervenção | Frequência das sessões, duração da sessão (em minutos), duração da intervenção (em semanas), número total de sessões, número total de horas de contato. |
| Conteúdo da intervenção | Natureza da intervenção, incluindo temas discutidos (ex: informação sobre estresse), técnicas usadas (ex: treino assertivo) ou ações implementadas (ex: discussões sobre como construir rede de suporte social). A intervenção dada ao grupo de comparação está também incluída. |
| Avaliação de necessidades | Avaliação prévia à intervenção visando identificar alvos para a intervenção. Incluir técnicas de coleta de dados usadas, como <i>survey</i> , observação do comportamento, análise documental etc. |
| Avaliação de processo | Identificação dos componentes de processo avaliados, sendo eles: <ul style="list-style-type: none"> ○ recrutamento: fontes e procedimentos usados para abordar e atrair participantes em potencial para que se tornem participantes de fato ○ contexto: características do contexto que interferem diretamente na implementação da intervenção, explicitado na opinião do autor, incluindo aspectos físicos, sociais, históricos ou econômicos (ex.: falta de suporte de chefias prejudica a adesão ao programa). ○ exposição ao programa: comparecimento à intervenção ○ dose fornecida: a quantidade fornecida dos componentes da intervenção em relação ao planejamento feito ○ dose recebida: a extensão na qual os participantes usam o material, recursos ou técnicas recomendadas pelo programa. ○ fidelidade: a qualidade do programa implementado em relação ao programa planejado ou integridade do tratamento ○ atitudes dos participantes: atitudes subjetivas dos participantes frente à intervenção (ex.: satisfação e percepção de credibilidade da intervenção). ○ implementação: escore geral que indica em que extensão a intervenção foi implementada e recebida pelo público-alvo. É uma média de frequência, dose fornecida, dose recebida e fidelidade, explicitada pelo autor |
| Avaliação de resultados | Tipo de variável dependente avaliada: individual (ex: humor, queixas psicossomáticas, qualidade de vida, pressão arterial etc), interface (ex: estressores no trabalho, satisfação no trabalho, <i>burnout</i> , desempenho no trabalho, uso de serviços de saúde etc) e organizacional (ex: produtividade, <i>turnover</i> , absenteísmo, indenizações por acidentes de trabalho etc). |
| Resultados | Resultados pós-teste sobre as variáveis dependentes medidas, resultados de <i>follow up</i> , ou mudanças do pré-teste para o pós-teste. |

artigo nos anos 1970, 22 artigos nos anos 1980, 32 na década seguinte e seis na década corrente (até 2003). A maior parte dos programas foi conduzida na América do Norte (39 estudos, 63.9%) e Europa (16 estudos, 26.2%), seguidos de Austrália e Nova Zelândia (3 estudos, 4.9%) e Ásia (3 estudos, 4.9%). Não foi identificada nenhuma produção em países da América Latina que preenchesse os critérios mencionados anteriormente. As intervenções foram predominantemente implementadas em contextos de saúde (16 estudos, 26.2%), educação (13 estudos, 21.3%) e indústria (9 estudos; 14.8%). Contextos ocupacionais com menor frequência de implementação desses programas foram financeiro (5 estudos, 8.2%), comunicação (5 estudos, 8.2%), forças armadas (5 estudos, 8.2%), serviço público (4 estudos, 6.6%) e transporte (1 estudo, 1.6%). Três estudos (4.9%) não mencionaram o ambiente ocupacional. Foram identificados diversos grupos ocupacionais alvo das intervenções, variando desde serviços gerais até funções gerenciais. Profissionais de saúde (ex.: enfermeiras) e professores foram os participantes mais frequentemente encontrados. A grande maioria dos estudos (52 estudos, 85.2%) foi dirigida a trabalhadores independente do seu estado inicial de saúde e estresse. Apenas uma pequena parte dos estudos (9 estudos, 14.8%) selecionou para a intervenção participantes com nível mais alto de estresse ou hipertensos. Portanto, tipicamente estas intervenções têm sido dirigidas a populações não clínicas.

Conteúdo e Formato das Intervenções

A Tabela 2 mostra que uma grande parte das intervenções em manejo de estresse ocupacional focadas no indivíduo têm sido multimodais ou multicomponentes, isto é, fazem uso de técnicas cognitivo-comportamentais conjugadas, como fornecimento de instruções

sobre causas e conseqüências de estresse, relaxamento, treino assertivo, reestruturação cognitiva e treino em solução de problemas. Outros componentes mencionados com menor frequência foram meditação, *biofeedback*, manejo de tempo, exercício físico, informações sobre fatores de risco à saúde (sedentarismo, dieta inadequada, comportamentos aditivos e dificuldades com sono), construção de rede de suporte social, musicoterapia, enfrentamento focado na emoção, terapia de aceitação e compromisso, prevenção de recaída, manejo de dor e aconselhamento individual.

Aproximadamente metade dos estudos apresenta delineamentos com um grupo principal de intervenção e um ou mais grupos de comparação. Boa parte dos estudos compara diferentes versões de intervenções focadas no indivíduo (23 grupos de comparação são intervenções individuais). Uma menor parte dos estudos compara intervenções individuais com intervenções de interface (4 grupos) e intervenção organizacional (1 grupo). Estas intervenções não-individuais tiveram como conteúdo ações para promoção de autonomia e participação em solução de problemas no trabalho (interface: Tunecliffe, Leach e Tunecliffe, 1986; Bunce e West, 1996; Bond e Bunce, 2000; Reynolds, 1997) e treinamento para manejo de sala de aula (organizacional: Sharp e Forman, 1985).

A Tabela 3 descreve o formato dos programas de manejo de estresse focados no indivíduo. Em seu formato mais comum, tais programas têm sido implementados com sessões semanais de 60 a 90 minutos de duração, estendendo-se por até 12 semanas, com até 12 sessões, num total de horas de contato entre quatro (neste caso geralmente sessão única) a 20 horas. Portanto, esses dados indicam que programas de curta duração são os mais frequentes neste campo, ao invés de programas longitudinais.

Tabela 2. Formato dos programas de manejo de estresse ocupacional focados no indivíduo (N = 61 estudos)

| Critério | Número de grupos* de intervenção inclusos na categoria | Frequência acumulada | % |
|----------------------------------|---|---------------------------------|----------|
| Frequência das sessões | | | |
| Diária | 8 | 8 | 8,2% |
| Semanal | 52 | 60 | 53,1% |
| Quinzenal | 1 | 61 | 1,2% |
| Sessão única | 10 | 71 | 10,2% |
| Outros | 12 | 83 | 12,2% |
| Não informado | 15 | 98 | 15,3% |
| Duração da sessão | | | |
| < 60 minutos | 8 | 8 | 8,2% |
| 60 minutos a 90 minutos | 46 | 54 | 46,9% |
| 91 minutos a 120 minutos | 12 | 66 | 12,2% |
| 121 minutos a 240 minutos | 14 | 80 | 14,3% |
| 241 minutos a 480 minutos | 6 | 86 | 6,1% |
| Não informado | 12 | 98 | 12,2% |
| Duração da intervenção | | | |
| < 5 semanas | 27 | 27 | 27,6 % |
| 5 semanas a 8 semanas | 27 | 54 | 27,6 % |
| 9 semanas a 12 semanas | 20 | 74 | 20,4% |
| 13 semanas a 24 semanas | 8 | 82 | 8,2% |
| 25 semanas a 42 semanas | 6 | 88 | 6,1% |
| > 42 semanas | 1 | 89 | 1,2% |
| Não informado | 9 | 98 | 9,2% |
| Número total de sessões | | | |
| < 6 sessões | 31 | 31 | 31,6% |
| 6 a 12 sessões | 42 | 73 | 42,9% |
| 13 a 20 sessões | 8 | 81 | 8,2% |
| 21 a 42 sessões | 6 | 87 | 6,1% |
| Não informado | 11 | 98 | 11,2% |
| Total de horas de contato | | | |
| < 5 horas | 14 | 14 | 14,3% |
| 5 a 10 horas | 30 | 44 | 30,6% |
| 11 a 20 horas | 20 | 64 | 20,4% |
| 21 a 30 horas | 9 | 73 | 9,2% |
| 31 a 42 horas | 7 | 80 | 7,1% |
| Não informado | 18 | 98 | 18,4% |

*Nota: Total = 98

Programas de manejo de estresse ocupacional

Tabela 3. Tamanhos de amostras de grupos de intervenção e grupos controle em programas de manejo de estresse ocupacional focados no indivíduo.

| Tamanho da amostra | Número de grupos de intervenção e controle | Frequência acumulada | Porcentagem |
|-------------------------|--|----------------------|-------------|
| < 30 participantes | 51 | 51 | 33,6% |
| 30 a 50 participantes | 48 | 99 | 31,6% |
| 51 a 100 participantes | 21 | 120 | 13,8% |
| 101 a 200 participantes | 5 | 125 | 3,3% |
| > 200 participantes | 1 | 126 | 0,6% |
| Não informado | 26 | 152 | 17,1% |
| Total | 152 | | 100% |

Características da Avaliação

Em sua maioria, os estudos revisados têm usado delineamentos experimentais (40 estudos, 65.6%) e quase-experimentais (19 estudos, 31.1%), com grupos de comparação (28 estudos, 45.9%) e/ou grupos controle (47 estudos, 78%). Os tipos de grupo-controle descritos foram tratamento nulo (25 estudos, 53.2%),

lista de espera (19 estudos, 40.4%) e controle ativo com treinamento dirigido a temas não relacionados a estresse e saúde (3 estudos, 6.4%). Apenas dois estudos (3.3%) utilizaram delineamento não-experimental com pré e pós-teste. A maioria dos grupos de intervenção e grupos controle (65.2%) têm sido composta por amostras com menos de 50 participantes, como descrito na Tabela 4.

Tabela 4. Frequência e porcentagem de estudos com avaliação de processo, segundo componentes avaliados (N = 61 estudos)

| Componentes de processo | Frequência | Porcentagem |
|---|------------|-------------|
| Recrutamento | 22 | 36.1% |
| Dose recebida | 18 | 29.5% |
| Atitudes dos participantes frente à intervenção | 13 | 21.3% |
| Exposição ao programa | 8 | 13.1% |
| Fidelidade | 4 | 6.6% |
| Contexto | 3 | 4.9% |
| Dose fornecida | 1 | 1.6% |

Avaliações de *follow-up* foram feitas em grande parte dos estudos (43 estudos, 70.5%). Foi predominante um *follow-up* (34 estudos, 55.7%), seguido de dois *follow-ups* (6 estudos, 9.8%), três *follow-ups* (2 estudos, 3.3%) e quatro *follow-ups* (1 estudo, 1.6%). O tempo decorrido entre a intervenção e o primeiro *follow-up* variou entre um a 24 meses. *Follow-ups* aos três meses (13 estudos, 21.3%), seis meses (9 estudos, 14.8%) e 12 meses (5 estudos, 8.2%) foram

os mais comuns.

Avaliações de necessidades não têm sido comuns nestes estudos. Apenas 14 deles (23%) relatam algum tipo de levantamento de necessidades anterior à intervenção, utilizando técnicas diversificadas: escalas e questionários (7 estudos), entrevistas (4 estudos), observação direta (4 estudos), aferição de pressão arterial (1 estudo) e exames laboratoriais para diagnóstico de distúrbios osteomus-

culares relacionados ao trabalho (1 estudo). Um estudo mencionou ter avaliado necessidades, mas não descreveu estratégias usadas (Long e Heaney, 1988).

Algum tipo de avaliação de processo foi identificado em 42 dos estudos (68.9%). Para se identificar a existência de avaliação de processo, foram utilizados os critérios propostos por Steckler e Linnan (2002): recrutamento, contexto, frequência de participação no programa, dose fornecida, dose recebida, atitudes dos participantes frente à intervenção, fidelidade e implementação (ver definições na Tabela 1). Nenhum estudo apresentou avaliações de processo com todos os componentes anteriores. O estudo que apresentou a avaliação de processo mais completa foi o de Sallis, Trevorrow, Johnson, Hovell e Kaplan

(1987), com cinco componentes avaliados: recrutamento, frequência de participação no programa, dose recebida, atitudes dos participantes frente à intervenção e fidelidade. Grande parte dos estudos que incluiu avaliação de processo apresentava apenas informação relativa a recrutamento, ou uma combinação de dois ou três componentes. A combinação mais frequente foi recrutamento (descrição de fontes usadas para recrutar os participantes), dose recebida (como frequência de prática de relaxamento e meditação) e atitudes dos participantes frente à intervenção (como satisfação com o conteúdo da intervenção e percepção de credibilidade da intervenção). A Tabela 5 descreve todos os componentes avaliados e suas respectivas porcentagens.

Tabela 5. Características de programas de manejo de estresse ocupacional focados no indivíduo e principais resultados (N = 61 estudos).

| Estudo | Conteúdo do programa | Variáveis dependentes | Resultados |
|----------------------------|--|---|---|
| Peters e cols., 1977, 1977 | Tratamento: relaxamento. Auto-relaxamento: sentar e tentar relaxar. Controle: tratamento nulo para voluntários e não voluntários | Sintomas somáticos e comportamentais de estresse, bem-estar subjetivo, pressão arterial, desempenho geral | A condição relaxamento resultou em mudanças mais intensas em pressão arterial. Os menores índices de mudança ocorreram na condição controle, e a condição auto-relaxamento obteve escores intermediários. |
| Forman, 1981 | Intervenção: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas. Controle: tratamento nulo | Ansiedade, satisfação no trabalho, satisfação com serviços psicológicos da escola | Dados da intervenção mostraram diminuição de ansiedade, aumento em satisfação no trabalho e na avaliação positiva do ambiente de trabalho percebido |
| Gangster e cols., 1982 | Tratamento: relaxamento, <i>biofeedback</i> , reestruturação cognitiva. Controle: lista de espera | Epinefrina, norepinefrina, ansiedade, depressão, irritação, queixas somáticas | Participantes do tratamento apresentaram níveis significativamente mais baixos de epinefrina e depressão do que controle, no pós-teste e <i>follow-up</i> . |
| Aderman e cols., 1983 | Condição relaxamento: informação, relaxamento. Condição auto-relaxamento: informação e sentar com intenção de relaxar. Controle: tratamento nulo | Ansiedade, ajustamento pessoal, clima organizacional | Sem diferenças entre grupos |
| Baeyer e cols., 1983 | Intervenção: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva. Controle: lista de espera | Ansiedade | Tratamento apresentou escores em ansiedade significativamente mais baixos do que lista de espera no pós-teste. |
| Friedman e cols., 1983 | Leitura e discussão: informação, meditação, reestruturação cognitiva, manejo de tempo (em grupo). Treino auto-dirigido: mesmo conteúdo (leitura individual). Controle: tratamento nulo | Ansiedade, sintomas de estresse | Ambos os tratamentos reduziram significativamente ansiedade e sintomas de estresse, em comparação ao controle. Sem diferenças significativas entre tratamentos |
| Murphy, 1983 | Intervenção I: informação, <i>biofeedback</i> . Intervenção II: informação, relaxamento. Grupo atenção-controle: informação, sentar com a intenção de relaxar | Comportamentos de saúde, queixas somáticas, ansiedade, atividade elétrica da testa, temperatura das mãos, estressores no trabalho | Sem diferenças entre as condições. Medidas fisiológicas e de auto-relato produziram resultados não claros |

Programas de manejo de estresse ocupacional

Tabela 5. Continuação

| Estudo | Conteúdo do programa | Variáveis dependentes | Resultados |
|----------------------------|--|---|--|
| Charlesworth e cols., 1984 | Tratamento: relaxamento, treino assertivo, reestruturação cognitiva. Controle: lista de espera | Pressão arterial, comportamentos de saúde, estressores de vida, custos com cuidados à saúde | Tratamento demonstrou diminuição significativa em pressão arterial, custos com cuidados à saúde e aumento em comportamentos de saúde. Melhoria em pressão arterial mantida no <i>follow-up</i> |
| Murphy, 1984b | Biofeedback: informação, <i>biofeedback</i> . Relaxamento: informação, relaxamento. Controle: lista de espera | Temperatura das mãos, atividade elétrica da testa, ansiedade, queixas psicossomáticas, comportamentos de saúde, estressores no trabalho, satisfação no trabalho | Ambas as intervenções apresentaram melhoria em ansiedade, queixas somáticas, comportamentos de saúde e satisfação no trabalho. Somente grupo <i>biofeedback</i> afetou atividade elétrica da testa. Mudanças não mantidas no <i>follow-up</i> |
| Sharp e cols., 1985 | Treinamento I: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva. Treinamento II: treinamento para manejo da classe. Controle: tratamento nulo. | Respostas verbais e motoras de ansiedade em sala de aula, comportamento verbal em sala de aula | Ambos os tratamentos resultaram igualmente em melhoria em ansiedade e desempenho verbal do professor em sala de aula, mantidas no <i>follow-up</i> . |
| Bruning e cols., 1986 | Habilidades de manejo: treino assertivo, manejo de tempo. Meditação: meditação. Exercício: exercício físico. Grupo atenção-controle: informação | Auto-estima, ansiedade, satisfação no trabalho | Todas as intervenções evidenciaram aumento em auto-estima no pós-teste. Sem diferenças significativas entre as condições |
| Higgins, 1986 | Treinamento A: relaxamento, dessensibilização sistemática. Treinamento B: treino assertivo, reestruturação cognitiva, manejo de tempo. Controle: lista de espera | Exaustão emocional, sintomas de estresse, absenteísmo | Ambos os tratamentos reduziram significativamente exaustão emocional e sintomas de estresse, em comparação ao controle. Sem diferenças significativas entre tratamentos |
| Tunnecliffe e cols., 1986 | Treino em relaxamento: relaxamento. Consultoria comportamental colaborativa: participação e autonomia | Sintomas de estresse | Consultoria comportamental apresentou escores em estresse significativamente mais baixos do que as demais condições, após a intervenção e no <i>follow-up</i> |
| Sallis e cols., 1987 | Treino em relaxamento: informação, relaxamento. Manejo estresse multicomponente: informação, treino assertivo, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, manejo de tempo, suporte social. Suporte: informação e suporte social | Pressão arterial, sintomas de estresse, ansiedade, depressão, auto-eficácia, estressores no trabalho, satisfação no trabalho | Todas as condições reduziram significativamente ansiedade, depressão e hostilidade, no pós-teste e <i>follow-up</i> . Nenhuma condição afetou estressores no trabalho, satisfação no trabalho e pressão arterial. Sem diferenças entre condições |
| Keyes e cols., 1988 | Treino inoculação de estresse: informação, relaxamento, treino em solução de problemas. Grupo atenção-controle: informação. | Raiva, desempenho no trabalho (contenções de emergência) | Foi constatada redução significativa na frequência de uso de contenções de emergência e raiva |
| Long, 1988 | Intervenção I: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva, treino solução de problemas, exercício físico. Intervenção II: mesmo conteúdo, sem exercício físico. Grupo atenção-controle: informação sobre atividade física | Ansiedade, taxa cardíaca, enfrentamento, alcance de metas | Ambas as intervenções diminuíram significativamente enfrentamento focado na emoção e aumentaram enfrentamento preventivo. Intervenção I foi mais efetiva na redução de ansiedade e estresse do que intervenção II |
| Long e cols., 1988 | Intervenção I: exercício aeróbico. Intervenção II: relaxamento | Ansiedade, auto-eficácia, enfrentamento | Ambas as intervenções diminuíram ansiedade e aumentaram auto-eficácia e enfrentamento focado no problema. Sem diferenças entre tratamentos |
| Bertoch e cols., 1989 | Intervenção: informação, relaxamento, meditação, treino assertivo, exercício físico, fatores de risco à saúde, manejo de tempo, suporte social, prevenção de recaída. Controle: tratamento nulo | Sintomas físicos e comportamentais de estresse, enfrentamento, estressores | Intervenção evidenciou níveis significativamente mais baixos de sintomas de estresse do que controle |

Tabela 5. Continuação

| Estudo | Conteúdo do programa | Variáveis dependentes | Resultados |
|------------------------------|--|---|---|
| Fiedler e cols., 1989 | Intervenção: relaxamento, meditação. Controle: lista de espera | Sintomas psicológicos de estresse, pressão arterial, taxa cardíaca, tensão muscular | Sem diferenças entre condições experimentais |
| Vaughan e cols., 1989 | Tratamento: relaxamento. Controle: lista de espera | Sintomas de estresse | Grupo tratamento evidenciou diminuição significativa em sintomas de estresse, em comparação ao controle |
| Cooper e cols., 1990 | Tratamento: aconselhamento individual. | Enfrentamento, auto-estima, ansiedade, depressão, comprometimento organizacional, satisfação no trabalho, absenteísmo | Após a intervenção, foi constatada redução significativa em ansiedade, depressão, absenteísmo e aumento significativo em auto-estima |
| Larsson e cols., 1990 | Intervenção: informação, enfrentamento focado no problema e treino em solução de problemas. Controle: tratamento nulo | Humor, sintomas de estresse e enfrentamento | Tratamento apresentou menos sintomas de estresse, mais enfrentamento focado na emoção e melhoria em comportamentos de saúde do que condição controle. |
| Goodspeed e DeLucia, 1990 | Intervenção I: informação, relaxamento, treino assertivo, reestruturação, exercício físico, fatores de risco à saúde, manejo de tempo. Intervenção II: aconselhamento individual (enfrentamento ao stress conforme tipo de personalidade). | Sintomas físicos, cognitivos e comportamentais de estresse | Ambas as intervenções reduziram de modo similar o nível de estresse. |
| Fava e cols., 1991 | Intervenção: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, enfrentamento focado na emoção, manejo de tempo, fatores de risco à saúde. Controle: não tratamento | Comportamento tipo A, comportamentos de saúde, sintomas de estresse, depressão, ansiedade, hostilidade | Intervenção resultou em mudanças benéficas significativas em ingestão diária de calorias, sintomas de estresse, ansiedade, hostilidade e comportamento tipo A |
| Jenkins e Calhoun, 1991 | Intervenção global: enfrentamento focado no problema e treino em solução de problemas (em grupo). Intervenção individual: informação (individual) | Tempo empregado em atividades de manejo do próprio estresse, enfrentamento, auto-eficácia | Professores treinados na intervenção individual praticaram estratégias de enfrentamento mais diversificadas e aumentaram tempo gasto em atividades de manejo do estresse do que na intervenção global. |
| McCue e cols., 1991 | Tratamento: relaxamento, treino assertivo, reestruturação cognitiva, manejo de tempo, fatores de risco à saúde. Controle: tratamento nulo. | Sintomas de estresse, <i>burnout</i> | Tratamento reduziu significativamente sintomas de estresse e exaustão emocional, em comparação ao controle |
| Gronningsaeter e cols., 1992 | Intervenção exercício físico: exercício físico. Intervenção manejo estresse: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, fatores de risco à saúde. Controle: tratamento nulo | Queixas psicossomáticas, ansiedade, enfrentamento, mudanças em estilo de vida, colesterol, pressão arterial, taxa cardíaca, estressores no trabalho, satisfação no trabalho | Intervenção exercício físico melhorou significativamente capacidade aeróbica, sentimentos de bem-estar e queixas de dor muscular. Treino em manejo de estresse resultou em melhoria em enfrentamento, sem efeitos sobre saúde psicológica ou somática |
| Pruitt, 1992 | Intervenção: informação, relaxamento, treino assertivo, manejo de tempo. Controle: tratamento nulo | Ansiedade, sintomas físicos de estresse, pressão arterial, custos estimados da intervenção, absenteísmo | Diferenças significativas em sintomas de estresse foram encontradas na condição tratamento. Sem diferenças entre grupos para ansiedade e pressão arterial. Benefícios do programa foram relativamente de baixo custo |
| Alexander e cols., 1993 | Tratamento: meditação. Controle: tratamento nulo | Atividade eletrodermal, ansiedade, sintomas de estresse, satisfação no trabalho | Praticantes regulares de meditação apresentaram mudanças significativas em excitação fisiológica, ansiedade, queixas de saúde, sintomas de estresse e satisfação no trabalho |
| Kushnir e Malkinson, 1993 | Intervenção: informação, relaxamento, treino assertivo, reestruturação cognitiva. Controle: tratamento nulo | Sintomas cognitivos de estresse, queixas somáticas, crenças irracionais, assertividade | Intervenção reduziu queixas somáticas e crenças irracionais a curto e longo prazo. Aumento em assertividade ocorreu somente a curto prazo. |

Programas de manejo de estresse ocupacional

Tabela 5. Continuação

| Estudo | Conteúdo do programa | Variáveis dependentes | Resultados |
|-----------------------|--|--|--|
| Tsai e Crickett, 1993 | Grupo experimental: relaxamento, meditação. Grupo controle: informação sobre análise teórica em enfermagem | Sintomas psicossomáticos, estressores no trabalho | Treinamento em relaxamento resultou em diminuição significativa de sintomas psicossomáticos, em comparação ao controle |
| Freedy e cols., 1994 | Intervenção recurso duplo: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva, suporte social. Intervenção recurso único: mesmo conteúdo, sem suporte social. Controle: lista de espera | Depressão, exaustão emocional, percepção de controle, perda e ganho de recursos, suporte social | Participantes da intervenção recurso duplo apresentaram mais progressos em suporte social e percepção de controle do que os das demais condições. |
| Kushnir e cols., 1994 | Intervenção: informação, relaxamento, treino assertivo, reestruturação cognitiva. Controle: tratamento nulo | Habilidade psicossocial, crenças irracionais | Participantes da intervenção apresentaram uma melhora significativa em habilidade psicossocial e redução em crenças disfuncionais, em comparação ao controle |
| Kushnir e cols., 1994 | Tratamento: treino assertivo, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, manejo de tempo. Controle: lista de espera | Assertividade, auto-eficácia, <i>burnout</i> , estressores no trabalho | Resultados mostraram mudanças positivas após tratamento em assertividade, auto-eficácia, conflitos entre trabalho e família, raiva suprimida e estresse percebido no trabalho, mantidos no <i>follow-up</i> |
| Lee e cols., 1994 | Tratamento: treino assertivo. Controle: treinamento em nova tecnologia em informática | Assertividade, sintomas de estresse | Grupo tratamento apresentou escores significativamente mais altos em assertividade e mais baixos em estresse do que o grupo controle, e manteve a melhora no <i>follow-up</i> |
| Abernethy, 1995 | Intervenção: manejo de raiva. Controle: informação sobre como lidar com cidadãos com doença mental | Humor, raiva | Nenhuma das condições afetou os indicadores avaliados |
| Kagan e cols., 1995 | Intervenção M: meditação. Intervenção A: treino assertivo. Intervenção I: processo interpessoal. Intervenção combinada M e I. Intervenção combinada M, A e I. Intervenção combinada A e I. Intervenção combinada M e A | Depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal, estressores no trabalho, <i>burnout</i> e desempenho no trabalho | Duas combinações (treino assertivo + processo interpessoal e treino assertivo + meditação) demonstraram maior efetividade a curto prazo. Processo interpessoal apresentou maior efetividade a longo prazo. |
| Keyes, 1995 | Treino inoculação estresse: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas. Grupo atenção-controle: informação sobre estresse e raiva. | Raiva, desempenho no trabalho (confrontação física) | Escores em raiva e em confrontação física significativamente menores na condição tratamento |
| Kolbell, 1995 | Intervenção I: meditação. Intervenção II: informação sobre estresse e suporte social. Controle: tratamento nulo | Sintomas de estresse, somatização, funcionamento cognitivo, habilidades de solução de problemas, visitas médicas, faltas por doença | Nenhuma das condições afetou os indicadores avaliados |
| Thomason, 1995 | Intervenção I: relaxamento, reestruturação cognitiva, auto-monitoramento. Intervenção II: mesmo conteúdo, sem auto-monitoramento. Grupo atenção-controle: informação sobre desenvolvimento de habilidades pessoais | Sintomas psicológicos e somáticos de estresse, pressão arterial, satisfação no trabalho | Somente a Intervenção I produziu mudanças significativas em pressão arterial, ansiedade e sintomas somáticos de estresse. Nenhuma condição afetou satisfação no trabalho |
| Arnetz, 1996 | Intervenção: relaxamento. Controle: tratamento nulo | Sintomas psicossomáticos, enfrentamento, pressão arterial, taxa cardíaca, testosterona, cortisol, prolactina, colesterol e estressores no trabalho | Intervenção resultou em melhoria em prolactina, indicadores de riscos cardiovasculares e sintomas psicossomáticos, em comparação ao controle |
| Bunce e cols., 1996 | Intervenção I: informação, relaxamento, treino assertivo, treino em solução de problemas, relações entre personalidade e estresse. Intervenção II: treino em solução de problemas no trabalho, participação e autonomia. Controle: tratamento nulo | Sintomas de estresse, <i>insights</i> na sessão, motivação no trabalho, satisfação no trabalho, propensão para inovar no trabalho | Intervenção I foi associada com melhoria em sintomas psicológicos de estresse e satisfação no trabalho. Intervenção II foi associada com melhoria em inovação no trabalho e estresse relacionado ao trabalho |

Tabela 5. Continuação

| Estudo | Conteúdo do programa | Variáveis dependentes | Resultados |
|--------------------------|---|--|---|
| Craig e cols., 1996 | Tratamento: relaxamento, treino assertivo, <i>biofeedback</i> , manejo de tempo, fatores de risco à saúde. Controle: tratamento nulo | Colesterol, pressão arterial, peso, locus de controle, comportamento tipo a, queixas de saúde, qualidade de vida, experiência de doença, enfrentamento | Sem diferenças entre as condições, com exceção da melhoria em pressão arterial sistólica após tratamento. Contudo, melhoria não mantida no <i>follow-up</i> |
| Reynolds, 1997 | Intervenção individual: aconselhamento individual. Intervenção organizacional: participação e autonomia. Controle: tratamento nulo | Humor, sintomas psicossomáticos, satisfação no trabalho, absenteísmo | Intervenção individual foi eficaz no aumento do bem-estar psicológico (humor), enquanto a intervenção organizacional não foi. Nenhuma intervenção afetou somatização, satisfação no trabalho e absenteísmo |
| Rose e cols., 1998 | Tratamento: informação, treino em solução de problemas. Controle: tratamento nulo | Ansiedade, depressão, estressores no trabalho, desempenho no trabalho (qualidade da interação com pacientes) | Intervenção evidenciou níveis mais baixos de ansiedade, aumento de suporte percebido e de interações positivas e assistência dada aos pacientes, em comparação ao controle |
| Lindquist e cols., 1999 | Tratamento: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, manejo de tempo, suporte social, fatores de risco à saúde (em grupo), acrescido de sessões de aconselhamento individual. Controle: lista de espera | Enfrentamento, comportamentos de saúde, pressão arterial, índice de massa corporal, estressores no trabalho | Sem diferenças entre condições para estresse e indicadores de saúde no pós-teste. Reduções em estressores no trabalho foram encontradas no <i>follow-up</i> na condição tratamento |
| Pelletier e cols., 1999 | Grupo I: informação sobre estresse, dada por e-mail e contatos telefônicos. Grupo II: mesmo conteúdo, dado por e-mail. Controle: lista de espera | Saúde percebida, auto-eficácia, somatização, ansiedade, comportamentos de saúde, estressores no trabalho | Grupo I evidenciou melhor saúde mental, bem-estar percebido e auto-eficácia, menor somatização e ansiedade. Ganhos não mantidos no <i>follow-up</i> . Estressores no trabalho não mudaram. |
| Peters e cols., 1999 | Tratamento: informação, relaxamento, meditação, estilo de vida e fatores de risco à saúde. Controle: lista de espera | Auto-eficácia, locus de controle em saúde, ansiedade, depressão, raiva, comportamentos de saúde, moral, satisfação no trabalho, auto-relatos de produtividade, acidentes no trabalho e absenteísmo | Tratamento produziu mudanças significativas em medidas físicas e comportamentais, auto-eficácia e alguns comportamentos de saúde. Sem efeitos sobre indicadores relativos ao trabalho, tais como absenteísmo e satisfação no trabalho |
| Winzelberg e cols., 1999 | Intervenção: informação, meditação. Controle: lista de espera | Ansiedade, sintomas de estresse e auto-eficácia | Intervenção apresentou menos sintomas de estresse do que controle no pós-teste, porém sem manutenção no <i>follow-up</i> . Sem diferenças em ansiedade e auto-eficácia. |
| Bond e cols., 2000 | Intervenção I: terapia de aceitação e compromisso. Intervenção II: treino em solução de problemas no trabalho, participação e autonomia. Controle: lista de espera | Saúde mental geral, depressão, habilidade em aceitar pensamentos e sentimentos indesejáveis, motivação no trabalho, satisfação no trabalho, propensão para inovar no trabalho | Ambas as intervenções resultaram em melhoria em saúde mental e propensão para inovar no trabalho. Nenhuma das intervenções afetou satisfação e motivação no trabalho |
| Cigrang, 2000 | Intervenção: relaxamento, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas. Controle: tratamento nulo | Evasão do curso preparatório para ingresso no serviço militar | Condições tratamento e controle sem diferenças na evasão do curso para ingresso no serviço militar |
| Feuerstein e cols., 2000 | Intervenção: informação sobre estresse e DORT, relaxamento, <i>biofeedback</i> , reestruturação cognitiva, exercício físico, manejo de dor. | Número de casos com DORT, custos com indenizações por danos e cuidados à saúde | A intervenção foi seguida por uma redução substancial no número de casos de DORT por ano e de custos com indenizações por danos à saúde. Resultados mantidos três anos pós-tratamento. |

Programas de manejo de estresse ocupacional

Tabela 5. Continuação

| Estudo | Conteúdo do programa | Variáveis dependentes | Resultados |
|-----------------------------------|--|---|--|
| Jong e cols., 2000 | Treino manejo de estresse por psicólogos: informação, relaxamento, treino assertivo, treino em solução de problemas. Treino manejo de estresse por paraprofissionais: mesmo conteúdo, coordenado por profissionais não psicólogos. Controle: tratamento nulo | Ansiedade, queixas psicossomáticas, enfrentamento, sintomas de estresse, estressores no trabalho, suporte social, absenteísmo | Foram encontrados efeitos favoráveis de ambos os tratamentos em ansiedade, sintomas de estresse e assertividade, no pós-teste e <i>follow-up</i> . Sem diferenças entre as condições. |
| Rowe, 2000 | Grupo experimental I: enfrentamento focado no problema e na emoção, treino em solução de problemas. Grupo experimental II: mesmo conteúdo, acrescido de três sessões para manutenção dos resultados. Controle: tratamento nulo | <i>Burnout</i> | Participantes de ambos os tratamentos apresentaram menos <i>burnout</i> aos 2 e 6 meses pós-intervenção. Resultados mantidos aos 12, 24 e 30 meses somente para grupo com sessões para manutenção de resultados e prevenção à recaída. |
| Wiholm e cols., 2000 | Intervenção: relaxamento. Controle: tratamento nulo | Sintomas na pele, testosterona, prolactina, cortisol, estressores no trabalho | Intervenção atenuou significativamente sintomas na pele e hormônio prolactina, em comparação ao grupo controle. Mudanças não mantidas no <i>follow-up</i> |
| Bekker e cols., 2001 | Tratamento: relaxamento, treino assertivo, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas. Controle: tratamento nulo | Enfrentamento, sintomas de estresse, queixas de saúde, locus de controle, estressores no trabalho | Participantes relataram melhoria significativa em queixas somáticas e psicológicas, sintomas de estresse, enfrentamento ativo e busca de suporte social, mantidas no <i>follow-up</i> |
| Zolnierczyk-Zreda e Cieslak, 2001 | Intervenção: informação, meditação, reestruturação cognitiva, suporte social, manejo de tempo. Controle: lista de espera | Queixas somáticas, sintomas emocionais de estresse, comportamento tipo A, reatividade, estressores ocupacionais | Redução significativa em sintomas emocionais de estresse (depressão, ansiedade, raiva e auto-estima), em comparação ao controle |
| Eriksen e cols., 2002 | Intervenção I: relaxamento, exercício físico. Intervenção II: informação, fatores de risco à saúde, exercício físico. Intervenção III: informação, relaxamento, treino assertivo, reestruturação cognitiva, manejo de tempo. Controle: tratamento nulo | Queixas de saúde, estressores no trabalho, faltas por doença | A intervenção I mostrou melhoria em saúde geral, condição física e dor muscular, enquanto a intervenção III mostrou melhoria em manejo de estresse. A intervenção II mostrou efeitos mais fortes na maioria das metas. Sem efeitos significativos sobre estressores ocupacionais e faltas por doença |
| Horan, 2002 | Intervenção: leitura e contação de histórias em grupo. Controle: lista de espera | Enfrentamento, satisfação no trabalho, estressores no trabalho | Tratamento produziu melhoria em recursos cognitivos de enfrentamento e conflitos trabalho família |
| Zolnierczyk-Zreda, 2002 | Tratamento: treino assertivo, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, enfrentamento focado na emoção, manejo de tempo. Controle: lista de espera | Enfrentamento, afetos positivos e negativos | Tratamento produziu aumento significativo em habilidades de enfrentamento positivo, em comparação ao controle. |
| Cheek e cols., 2003 | Intervenção combinada: informação, relaxamento, reestruturação cognitiva, musicoterapia. Intervenção cognitivo-comportamental: mesmo conteúdo, sem musicoterapia | <i>Burnout</i> | A intervenção conjugada revelou menores escores em <i>burnout</i> do que o tratamento cognitivo-comportamental isolado |

A avaliação de efeitos ou resultados destas intervenções tem se concentrado em variáveis individuais e de auto-relato, como sintomas de estresse. Apenas 16 estudos (26.2%) incluíram indicadores fisiológicos como variável dependente. Os indicadores fisiológicos utilizados foram pressão arterial, hormônios (pro-

lactina, testosterona, cortisol, epinefrina e norepinefrina), taxa cardíaca, colesterol, temperatura das mãos e atividade elétrica da testa. Variáveis de interface, como satisfação no trabalho, e variáveis organizacionais, como absenteísmo e custos com doenças ocupacionais, têm sido menos investigadas do que

as individuais. De modo geral, as variáveis dependentes mais comumente avaliadas nos estudos revisados foram sintomas de estresse, enfrentamento, queixas de saúde, ansiedade, depressão, assertividade e pressão arterial.

Evidências de Efetividade

Os dados acerca de resultados destes programas sugerem que as intervenções multimodais produziram mais resultados benéficos nas variáveis medidas do que os grupos controle (por exemplo: Lee e Crockett, 1994; Baeyer e Krause, 1983; Kushnir, Malkinson e Ribak, 1994; Bertoch, Nielsen, Curley e Borg, 1989; Zolnierczyk-Zreda e Cieslak, 2001; Kushnir e Malkinson, 1993; Larsson, Stterling e Starrin, 1990; Keyes e Dean, 1988; Fava e cols., 1991; Forman, 1981; Peters e Carlson, 1999). Os resultados benéficos destas intervenções foram principalmente em variáveis individuais e de auto-relato, como em sintomas de estresse, enfrentamento, auto-eficácia, raiva, assertividade, ansiedade, depressão, queixas somáticas e crenças irracionais. Já variáveis organizacionais e de interface, tais como satisfação no trabalho, estressores no trabalho e absenteísmo, permaneceram inalteradas em diversos estudos (por exemplo: Eriksen e cols., 2002; Arnetz, 1996; Higgins, 1986; Reynolds, 1997; Peter e Carlson, 1999; Sallis e cols., 1987).

Efeitos benéficos sobre variáveis fisiológicas, como pressão arterial, hormônios e colesterol, mostraram-se contraditórios ou nulos. Enquanto alguns estudos (Charlesworth, Williams e Baer, 1984; Craig, e Hancock, 1996; Thomason e Pond, 1995) encontraram decréscimos significativos em pressão arterial, tanto em participantes normotensos quanto hipertensos, outros estudos (Gronningsaeter, Hytten, Skauli, Christensen e Ursin, 1992; Pruitt, 1992; Sallis e cols., 1987) não encontraram qualquer efeito significativo sobre esta variável. Melhoria nos níveis do hormônio prolactina foi encontrada por Arnetz (1996) e Wiholm, Arnetz e Berg (2000), porém neste

último estudo os resultados não foram mantidos no *follow-up*. Estudos que utilizaram colesterol como variável dependente (Craig e Hancock, 1996; Gronningsaeter e cols., 1992) não encontraram efeitos significativos sobre esta variável. Estudos que comparavam versões similares de intervenções individuais multimodais em que uma delas era acrescida de uma dada técnica ou tema, em geral detectaram que as intervenções que incluíam maior diversidade de técnicas e temas foram mais bem sucedidas em seus resultados. Os componentes-extras associados a efeitos melhores foram musicoterapia (Cheek, Bradley, Parr e Lan, 2003), suporte social (Freedy e Hobfoll, 1994), exercício físico (Long, 1988), prevenção de recaída (Rowe, 2000) e automonitoramento (Thomason e Pond, 1995).

Estudos que comparavam intervenções individuais compostas por técnicas de relaxamento ou meditação em relação a grupos-controle produziram resultados contraditórios. Alguns deles identificaram resultados superiores do relaxamento e/ou meditação em relação ao controle (Alexander e cols., 1993; Peters, Benson e Peters, 1977; Peters, Benson e Porter, 1977; Tsai e Crickett, 1993; Vaughan, Cheatwood, Sirles e Brown, 1989), enquanto outros não identificaram diferenças entre intervenção e controle (Aderman e Tecklenburg, 1983; Kolbell, 1995; Murphy, 1983; Fiedler, Vivona-Vaughan e Gochfeld, 1989) ou as mudanças no pós-teste não se mantiveram no *follow-up* (Wiholm, Arnetz e Berg, 2000; Winzelberg e Luskin, 1999).

Grande parte dos estudos que comparavam intervenções distintas (individual x individual, individual x interface e individual x organizacional) apresentou resultados similares entre elas (Bond e Bunce, 2000; Friedman, Lehrer e Stevens, 1983; Goodspeed e DeLucia, 1990; Brunning e Frew, 1986; Murphy, 1984b; Sharp e Forman, 1985; Sallis e cols., 1987) ou resultados positivos porém em variáveis diferentes (Gronningsaeter e cols., 1992; Bunce e West, 1996).

Apenas três estudos não constataram qual-

quer benefício de intervenções em comparação a grupos controle (Abernethy, 1995; Lindquist e Cooper, 1999; Craig e Hancock, 1996.).

Discussão

Os dados desta revisão apontam evidências consistentes de que as intervenções em manejo de estresse ocupacional focadas no indivíduo produzem efeitos benéficos sobre a saúde do trabalhador, e seus efeitos são superiores àqueles das condições placebo. Estes efeitos foram encontrados, sobretudo em estudos com conteúdo multimodal, e as variáveis que foram mais positivamente afetadas foram variáveis verbais, tais como sintomas de estresse e queixas somáticas. Estes achados estão em acordo com os de Van der Klink e cols. (2001), que em sua metanálise também identificaram que intervenções multimodais são as mais efetivas e variáveis de auto-relato são as mais afetadas nestas intervenções. Enquanto são claras as evidências acerca de mudanças benéficas sobre variáveis de auto-relato, não foram encontradas evidências sólidas de que variáveis fisiológicas podem ser modificadas por tais intervenções. Alguns estudos encontraram efeitos positivos sobre pressão arterial, ao passo que outros não. Portanto, estes dados sugerem ser necessário que novos estudos incluam indicadores fisiológicos para que se esclareça a efetividade de intervenções de manejo de estresse ocupacional focadas no indivíduo sobre indicadores fisiológicos.

Tal como nas variáveis fisiológicas, evidências de efeitos benéficos para a relação do trabalhador com a organização e para a própria organização não encontraram suporte nos dados desta revisão. Uma implicação prática destes dados é que intervenções para manejo de estresse focadas no indivíduo não seriam recomendadas para afetar variáveis organizacionais. Poder-se-ia esperar algum efeito benéfico sobre variáveis individuais, ao se utilizarem intervenções com técnicas cognitivo-comportamentais combinadas. Por outro

lado, não se poderia fazer uma previsão segura de que seriam obtidos efeitos positivos sobre variáveis fisiológicas, bem como efeitos positivos resultantes apenas de relaxamento ou meditação ou *biofeedback*.

Esta revisão indicou também que intervenções com diferentes conteúdos multimodais produziram resultados similares. Também produziram resultados similares intervenções individuais e intervenções de interface, e intervenções individuais e intervenções organizacionais. Achados semelhantes vêm sendo encontrados nas pesquisas em psicoterapia já há algumas décadas (Stiles, Shapiro e Elliot, 1986). Essas pesquisas identificaram que os diferentes métodos de psicoterapia produzem resultados convergentes, e que todos produzem resultados superiores ao placebo. Tal evento foi chamado de “paradoxo da equivalência” (Stiles Shapiro e Elliot, 1986). Baseando-se nestes achados, Bunce (1997) argumentou que a efetividade dos programas de manejo de estresse focados no indivíduo depende não só do conteúdo da intervenção, mas também de variáveis moderadoras, tais como auto-eficácia, *locus* de controle, comportamento Tipo A, suporte social e características da sessão de intervenção, como o senso de segurança e entusiasmo dentro do grupo, a credibilidade do facilitador do grupo e o vínculo terapêutico. A identificação de tais variáveis moderadoras poderia se dar, pelo menos em parte, através de avaliações de processo da intervenção. Contudo, como mostram os resultados desta revisão, são poucos os estudos que têm incluído avaliações de processo. Algum tipo de avaliação de processo tem sido relatado, enfocando basicamente procedimentos usados para recrutamento, o uso que os sujeitos fazem das técnicas ensinadas nos programas e as atitudes dos participantes frente à intervenção. Todavia, ligações entre o processo e resultados, de modo a se encontrar preditores de efetividade destes programas relativos ao processo da intervenção, raramente têm sido formalmente investigadas (Bond e Bunce, 2000; Bunce e West,

1996). A falta de informações sobre o processo da intervenção e sua ligação com os resultados impede que se saiba quais são as condições ideais de implementação de um programa necessárias para se alcançar melhores resultados.

Os resultados desta revisão também mostram que tem sido incomum a realização de um levantamento prévio de necessidades para planejamento posterior da intervenção. Predomina a implementação de programas sem uma conexão explícita com as necessidades da população-alvo. É possível que isto se baseie em um pressuposto de que existam necessidades universais (por exemplo, todos possuem crenças irracionais e todos poderiam então se beneficiar de intervenções que in-

cluam reestruturação cognitiva). Por outro lado, a ausência de sincronia entre as necessidades e expectativas dos participantes e o programa oferecido tem sido documentada como um dos fatores de fracasso de programas na área (Staa, Visser e Zowe, 2000).

A lacuna em avaliação de necessidades e processo se configura como um foco de investigação importante na agenda de pesquisa na área. A inclusão de avaliações de necessidades e de processo em estudos futuros poderia contribuir, em alguma extensão, para responder a algumas das principais perguntas na área acerca da efetividade destes programas: para quem são efetivos, sob quais circunstâncias e quais são os componentes ativos que produzem as mudanças observadas?

Referências

- Abernethy, A. D. (1995). The development of an anger management training program for law enforcement personnel. Em L. R. Murphy; J. J. Hurrell Jr.; S. L. Sauter e C. P. Keita (Orgs.). *Job stress interventions* (pp. 21-30). Washington: American Psychological Association.
- Aderman, M., e Tecklenburg, K. (1983). Effect of relaxation training on personal adjustment and perceptions or organizational climate. *The Journal of Psychology*, 115, 185-191.
- Alexander, C. N., Swanson, G. C., Rainforth, M. V., Carlisle, T. W., Todd, C. C., e Oates, R. M. (1993). Effects of the transcendental meditation program on stress reduction, health, and employee development: a prospective study in two occupational settings. *Anxiety, Stress, and Coping*, 6, 245-262.
- Arnetz, B. B. (1996). Techno-stress: a prospective psychophysiological study of the impact in advanced telecommunication systems design work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38, 53-65.
- Baeyer, C., e Krause, L. (1983). Effectiveness of stress management training for nurses working in a burn treatment unit. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 113-125.
- Baum, A., e Posluszny, D. M. (1999). Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.
- Bellarosa, C., e Chen, P. Y. (1997). The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions. A survey of subject matter expert opinions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 247-262.
- Bertoch, M. R., Nielsen, E. C., Curley, J. R., e Borg, W. R. (1989). Reducing teacher stress. *Journal of Experimental Education*, 57, 117-128.
- Bond, F. W., e Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Brunning, N. S., e Frew, D. R. (1986). Can stress intervention strategies improve self-esteem, manifest anxiety, and job satisfaction? A longitudinal field experiment. *Journal of Health and Human Resources*, 9, 110-124.
- Bunce, D., e West, M. (1996). Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 49, 209-232.

- Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 1-17.
- Bunce, D., e Stephenson, K. (2000). Statistical considerations in the interpretation of research on occupational stress management interventions. *Work & Stress*, 14, 197-212.
- Calnan, M., Wainwright, D., e Almond, S. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and mental distress: a study of occupations in general medical practice. *Work & Stress*, 14, 297-311.
- Charlesworth, E. A., Williams, B., e Baer, P. E. (1984). Stress management at worksite for hypertension: compliance, cost-benefit, health care and hypertension-related variables. *Psychosomatic Medicine*, 46, 387-397.
- Cheek, J. R., Bradley, L. J., Parr, G., e Lan, W. (2003). Using music therapy techniques to treat teacher burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 25, 204-217.
- Craig, A., e Hancock, K. (1996). The influence of a healthy lifestyle program in a work environment: a controlled long-term study. *Journal of Occupational Health and Safety Australia and New Zealand*, 12, 193-206
- DeFrank, R. S., e Cooper, C. L. (1987). Worksite stress management interventions: their effectiveness and conceptualisation. *Journal of Managerial Psychology*, 2, 4-10.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho* (Trad. A. I. Paraguay e L. L. Ferreira). São Paulo: Cortez (Trabalho original publicado em 1980).
- Dias, E. C., Mendes, R., e Schwartz, B. S. (2002). Occupational health in Brazil. *Occupational Medicine*, 17, 523-537.
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., Mikkelsen, A., Gronningsaeter, H., Sandal, G. M., e Ursin, H. (2002). Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 52, 383-391.
- Fava, M., Littman, A., Halperin, P., Pratt, E., Drews, C. F., Oleshansky, L. M., Knapi, J., Thompson, C., e Bielenda, C. (1991). Psychological and behavioural benefits of a stress/type A behavior reduction program for healthy middle-aged army officers. *Psychosomatics*, 32, 337-342.
- Fiedler, N., Vivona-Vaughan, E., e Gochfeld, M. (1989). Evaluation of a work site relaxation training program using ambulatory blood pressure monitoring. *Journal of Occupational Medicine*, 31, 595-602.
- Forman, S. G. (1981). Stress-management training: evaluation of effects on school psychological services. *Journal of School Psychology*, 19, 233-241.
- Freedly, J. R., e Hobfoll, S. E. (1994). Stress inoculation for reduction of burnout: a conservation of resources approach. *Anxiety, Stress, and Coping*, 6, 311-325.
- Friedman, G. H., Lehrer, B. E., e Stevens, J. P. (1983). The effectiveness of self-directed and lecture/discussions stress management approaches and the locus of control of teachers. *American Educational Research Journal*, 20, 563-580.
- Goodspeed, R. B., e DeLucia, A. G. (1990). Stress reduction at the worksite: an evaluation of two methods. *Stress Management*, 4, 333-337.
- Gronningsaeter, H., Hytten, K., Skauli, G., Christensen, C. C., e Ursin, H. (1992). Improved health and coping by physical exercise or cognitive behavioural stress management training in a work environment. *Psychology and Health*, 7, 147-163.
- Hawe, P., Degeling, D., e Hall, J. (1990). *Evaluating health promotion: a health worker's guide*. Sydney: MacLennan e Petty.
- Higgins, N. C. (1986). Occupational stress and working women: the effectiveness of two stress reduction programs. *Journal of Vocational Behavior*, 29, 66-78.
- Ivancevich, M. J., Matteson, T. M., Freedman, M. S., e Phillips, S. J. (1990). Worksite Stress Management Interventions. *American Psychologist*, 45, 252-261.

- Keyes, J. B., e Dean, S. F. (1988). Stress inoculation training for direct contact staff working with mentally retarded persons. *Behavioral Residential Treatment*, 3, 315-323.
- Koeske, F. G., Kirk, A. S., e Koeske, D. R. (1993). Coping with job stress: which strategies work best? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 319-335.
- Kolbell, R. M. (1995). When relaxation is not enough. Em L. R. Murphy; J. J. Hurrell Jr.; S. L. Sauter e C. P. Keita (Orgs.). *Job stress interventions* (pp. 31-43). Washington: American Psychological Association.
- Kushnir, T., e Malkinson, R. (1993). A rational-emotive group intervention for preventing and coping with stress among safety officers. *Journal of Rational-Emotive e Cognitive-Behavior Therapy*, 11, 195-206.
- Kushnir, T., Malkinson, R., e Ribak, J. (1994). Teaching stress management skills to occupational and environmental health physicians and practioners. *Journal of Occupational Medicine*, 36, 1335-1340.
- Larsson, G., Setterlind, S., e Starrin, B. (1990). Routinization of stress control programmes in organizations: a study of Swedish teachers. *Health Promotion International*, 5, 269-278.
- Lee, S., e Crockett, M. S. (1994). Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan, Republic of China. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 419-432.
- Lindquist, T. L., e Cooper, C. L. (1999). Using lifestyle and coping to reduce job stress and improve health in 'at risk' office workers. *Stress Medicine*, 15, 143-152.
- Long, B. C., e Heaney, C. J. (1988). Long-term follow-up of stressed working women: a comparison of aerobic exercise and progressive relaxation. *Journal of Sport e Exercise Psychology*, 10, 461-470.
- Long, B. C. (1988). Stress management for school personnel: stress-innoculation training and exercise. *Psychology in the Schools*, 25, 314-324.
- Murphy, L. R. (1983). A comparison of relaxation methods for reducing stress in nursing personnel. *Human Factors*, 25, 431-440.
- Murphy, L. R. (1984a). Occupational stress management: a review and appraisal. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 1-15.
- Murphy, L. R. (1984b). Stress management in highway maintenance workers. *Journal of Occupational Medicine*, 26, 436-442.
- Murphy, R. L. (1996). Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *Stress Management*, 11, 112-135.
- Nytro, K., Saksvik, P. O., Mikkelsen, A., Bohle, P., e Quinlan, M. (2000). An appraisal of key factors in the implementation of occupational stress interventions. *Work & Stress*, 14, 213-225.
- Oldenburg, B., Ellis, N., Kelenshian, N., e Pan, J. (1994). *Review of effectiveness of intervention for the management of stress at work*. Brisbane, Austrália: Queensland University of Technology.
- Parkes, R. K. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: additive and interative predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, 75, 399-409.
- Peters, K. K., e Carlson, J. G. (1999). Worksite stress management with high-risk maintenance workers: a controlled study. *International Journal of Stress Management*, 6, 21-44.
- Peters, R. K., Benson, H., e Peters, J. M. (1977). Daily relaxation response breaks in a working population: II. Effects on blood pressure. *American Journal of Public Health*, 67, 954-959.
- Peters, R. K., Benson, H., e Porter, D. (1977). Daily relaxation response breaks in a working population: I. Effects on self-reported measures of health, performance, and well-being. *American Journal of Public Health*, 67, 946-953.
- Pruitt, R. H. (1992). Effectiveness and cost efficiency of interventions in health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 926-932.
- Reynolds, S. (1997). Psychological well-being at work: is prevention better than cure? *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 93-102.

- Rowe, M. M. (2000). Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. *Current Psychology, 19*, 215-228.
- Saksvik, P. O., Nytro, K., Dahl-Jorgensen, C., e Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress, 16*, 37-57.
- Sallis, J. F., Trevorrow, T. R., Johnson, C. C., Hovell, M. F., e Kaplan, R. M. (1987). Worksite stress management: a comparison of programs. *Psychology and Health, 1*, 237-255.
- Sharp, J. J., e Forman, S. G. (1985). A comparison of two approaches to anxiety management for teachers. *Behavior Therapy, 16*, 370-383.
- Siegrist, J. (2001). A theory of occupational stress. Em J. Dunham (Org.). *Stress in the workplace. Past, present and future* (pp. 52-66). London: Whurr Publishers.
- Staa, A. L., Visser, A., e Zouwe, N. (2000). Caring for caregivers: experience and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling, 41*, 93-105.
- Steckler, A., e Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research. An overview. Em A. Steckler e L. Linnan (Orgs.). *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-21). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., e Elliot, R. (1986). 'Are all psychotherapies equivalent?'. *American Psychologist, 41*, 165-180.
- Thomason, J. A., e Pond, S. B. (1995). Effects of instruction on stress management skills and self-management skills among blue-collar employees. Em L. R. Murphy; J. J. Hurrell Jr.; S. L. Sauter e C. P. Keita (Org's.). *Job stress interventions* (pp. 7-20). Washington: American Psychological Association.
- Tsai, S. L., e Crickett, M. S. (1993). Effect of relaxation training, combining imagery, and meditation on the stress level of chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues in Mental Health Nursing, 14*, 51-66.
- Tunnecliffe, M. R., Leach, D. J., e Tunnecliffe, L. P. (1986). Relative efficacy of using behavioral consultation as an approach to teacher stress management. *Journal of School Psychology, 24*, 123-131.
- Van der Hek, H., e Plomp, H. N. (1997). Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine, 47*, 133-141.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., e van Dijk, J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Health Promotion, 91*, 270-276.
- Vaughn, M., Cheatwood, S., Sirles, A. T., e Brown, K. C. (1989). The effect of progressive muscle relaxation on stress among clerical workers. *American Association of Occupational Health Nursing, 37*, 302-306.
- Wiholm, C., Arnetz, B., e Berg, M. (2000). The impact of stress management on computer-related skin problems. *Stress Medicine, 16*, 279-285.
- Winzelberg, A. J., e Luskin, F. M. (1999). The effect of a meditation training in stress levels in secondary school teachers. *Stress Medicine, 15*, 69-77.
- Zolnierczyk-Zreda, D., e Cieslak, R. (2001). Modifying type A in a nonclinical population of polish managers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 7*, 309-332.

Recebido em: 23/03/05

Primeira decisão editorial em: 26/09/05

Versão final em: 04/10/05

Aceito em: 10/12/05