

# Intervenções psicoeducativas para manejo de estresse ocupacional: um estudo comparativo<sup>1</sup>

## Psychoeducational interventions to occupational stress management: a comparative study

Sheila Giardini Murta<sup>2,3</sup>  
Bartholomeu Tôrres Tróccoli  
Universidade de Brasília

### Resumo

Este estudo implementou e avaliou um programa de manejo de estresse ocupacional em um grupo de 74 funcionários administrativos de uma universidade privada, dos quais 42 foram designados para uma Intervenção Multimodal de Manejo de Estresse (ME) e 32 foram designados para um Treino em Habilidades Sociais (HS). Foram conduzidas 12 sessões psicoeducativas, de 90 minutos, em grupo, durante o horário de trabalho. Medidas pré e pós-teste foram feitas em imunidade, pressão arterial e respostas verbais de estresse, habilidades sociais e *coping* a problemas no trabalho. Ao final do programa, os participantes de ambas as intervenções apresentaram níveis similares de sintomas de estresse, *coping* a problemas no trabalho, habilidades sociais e imunidade. Apenas diferiram em pressão arterial diastólica: os participantes da intervenção ME apresentaram médias mais baixas nesta variável. Os resultados obtidos não encontraram superioridade de um tipo de intervenção sobre outro.

**Palavras-chave:** Manejo de estresse, Estresse ocupacional, Habilidades sociais.

### Abstract

This study implemented and evaluated an occupational stress management program for a group of 74 non-academics from a private university in the state of Goiás, Brazil. Forty-two employees attended a multimodal intervention for stress management while the other 32 attended social skills training. Both were conducted in 12 group sessions of 60 minutes each, during working hours. Pre- and post-test measurements were taken for immunity, blood pressure, and verbal stress responses, social skills and coping with problems at work. Covariance analyses and analyses of variance with stratification has demonstrated that the participants in both interventions presented similar levels of stress symptoms, coping with problems at work, social skills and immunity. They only differed in terms of diastolic blood pressure: The participants from the stress management intervention showed lower mean results ( $F(3,73) = 15.69, p < .05$ ) for this variable. The results did not indicate that one type of intervention was superior to the other.

**Key-words:** Stress management, Occupational stress, Social skills.

<sup>1</sup> Este trabalho é derivado da Tese de Doutorado da primeira autora, conduzida sob a orientação do segundo autor, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

<sup>2</sup> Atualmente filiada à Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC SUL, IP, PCL, 70910-900, Brasília, DF, Brazil. E-mail: murta@cultura.com.br

<sup>3</sup> A autora agradece à CAPES o suporte financeiro para realização de parte deste trabalho, conduzido durante "doutorado sanduíche" na Queensland University of Technology (Brisbane, Austrália).

A estreita relação entre trabalho e adoecimento vem sendo objeto de estudos científicos há várias décadas (Codo, 1998; Dejours, 1980/1992; Ferreira & Mendes, 2003; Guimarães, Cardoso, Grubits & Martins, 1999; Maciel, 1996). De modo geral, os interesses de estudo têm sido voltados para 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 as desordens associadas ao estresse (Dias, Mendes & Schwartz, 2002; Merlo, Jacques & Hoefel, 2001; Pinheiro, Tróccoli & Paz, 2002; Stacciarini & Tróccoli, 2002). O estresse ocupacional inclui desde um conjunto de reações físicas (ex.: dor, insônia e fadiga excessiva) e psicológicas (ex.: depressão, ansiedade e irritabilidade) a características do ambiente ocupacional, tais como pressão para produtividade, falta de autonomia e retaliação por parte das chefias (Carayon, Smith & Haims, 1999). Caso os estressores ocupacionais sejam reduzidos ou formas adaptativas de lidar com eles sejam desenvolvidas, as respostas de estresse podem ter curta duração, sem causar prejuízos para o indivíduo ou para a organização. Por outro lado, a manutenção dos estressores associada a recursos individuais insuficientes para lidar com as demandas ambientais pode gerar alterações neuro-endócrinas prolongadas, tornando o organismo vulnerável ao surgimento de doenças diversas (Almeida, 2003).

O papel protetor exercido pelos mecanismos de *coping* ao estresse no trabalho vem sendo um dos focos de

estudo da psicologia da saúde ocupacional. Evidências têm sido acumuladas de que respostas individuais de *coping* saudáveis podem minimizar o impacto negativo das condições e organização do trabalho e diminuir o risco de adoecimento (Koeske, Kirk & Koeske, 1993; Latack, 1986; Parkes, 1990). Em decorrência disso, intervenções para manejo de estresse ocupacional que buscam promover um repertório saudável de estratégias de *coping* ao estresse vêm sendo desenvolvidas.

A efetividade deste tipo de intervenção tem sido largamente discutida na literatura e permanece um tema controverso (De Frank & Cooper, 1987; Murphy, 1996; Van der Heck & Plomp, 1997). Dentre as questões de maior interesse estão a efetividade destes programas para populações expostas a estressores intensos e diversificados, o tipo de intervenção mais eficaz, a medida de saúde e os componentes ativos desses programas responsáveis pelas mudanças (Van der Klink, Blonk, Schene & Van Dijk, 2001). Tais perguntas são básicas para a consolidação desse campo de pesquisa e requerem delineamentos de avaliação adequados para se alcançar respostas confiáveis. A década de 90 testemunhou avanços importantes nas avaliações de programas em manejo de estresse ocupacional. Até o começo da década eram apontados problemas como ausência de amostras, apropriadas de grupos controle, e de avaliações de seguimento (Ivancevich, Matteson, Freedman & Phillips, 1990). A literatura mais recente já apresenta estudos com delineamentos mais favoráveis à validade

interna, com grupos controle e seleção randômica. Todavia são relativamente poucos os estudos, tanto na literatura internacional (Van der Klink & cols., 2001) quanto na nacional (Calais, 2004; Murta & Tróccoli, 2004), que aliam medidas psicológicas, fisiológicas e organizacionais, na avaliação desses programas durante sua implementação em amostras grandes.

Do ponto de vista do conteúdo, tipicamente estes programas têm utilizado técnicas para redução de tensão fisiológica, tais como meditação, relaxamento e biofeedback, ou técnicas cognitivo-comportamentais associadas, tais como treino assertivo, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, manejo de tempo e fornecimento de instruções sobre autocuidados à saúde (Murphy, 1996). Programas com este último formato têm sido chamados de multicomponentes ou multimodais. Embora diversos estudos (Cheek, Bradley, Parr & Lan, 2003; Freedy & Hobfoll, 1994; Long, 1988; Rowe, 2000; Thomason & Pond, 1995) apontem a superioridade destas intervenções multimodais sobre intervenções baseadas apenas em um único tipo de técnica, não há ainda concordância na literatura acerca deste problema.

O propósito deste artigo é comparar dois tipos de intervenção para manejo de estresse ocupacional focados em habilidades individuais de *coping*: uma intervenção multimodal para manejo de estresse e outra baseada em treino de habilidades sociais. Foram objetivos específicos deste estudo: (a) implementar

um programa de manejo de estresse ocupacional junto a funcionários administrativos de uma universidade privada e (b) investigar se os escores pós-teste das intervenções Manejo de Estresse (ME) e Habilidades Sociais (HS) diferem nas variáveis sintomas de estresse, *coping* a problemas no trabalho, habilidades sociais, medidas de imunidade (linfócitos, neutrófilos e monócitos) e pressão arterial sistólica e diastólica. Como hipótese única, foi predito que a intervenção ME produziria mudanças significativas nas referidas variáveis, ao passo que a intervenção HS não produziria. Supôs-se que a intervenção ME seria superior à intervenção HS, em seus resultados finais.

## **Método**

### **Ambiente e Participantes**

O programa foi implementado em uma universidade particular no estado de Goiás, nos setores administrativos, incluindo: Departamento de Serviços Gerais, Secretaria Geral, Departamento de Contabilidade, Departamento Gráfico, Departamento de Compras, Departamento de Recursos Humanos e Centro de Processamento de Dados. Por ocasião da realização do programa, o Departamento de Recursos Humanos (DRH) da Universidade disponibilizava aos funcionários dos setores mencionados um “Programa de Qualidade de Vida no Trabalho”, composto por alongamento muscular durante o trabalho. Quando a intervenção ora descrita foi proposta ao DRH, a intervenção foi aceita e integrada ao Programa de Qualidade de Vida no Trabalho já em andamento.

Foram convidados a participar do programa aproximadamente 150 funcionários. Destes, 131 aceitaram participar e compareceram na primeira sessão. Os voluntários inscritos foram distribuídos em duas condições: Intervenção Manejo de Estresse - ME (N = 68) e Intervenção Habilidades Sociais - HS (N = 63). Setenta e quatro participantes completaram o programa e responderam ao pós-teste (ME = 42; HS = 32). A idade média dos participantes era de 39 anos, aproximadamente metade deles eram homens. Em sua maioria, eram casados (64,9%), com ensino médio (21,7%) ou superior (39,2%) concluído e trabalhavam 40 horas semanais. Predominantemente, os participantes não fumavam (90,5%), praticavam exercício físico (58,1%), não faziam uso permanente de medicamento (77%) e não apresentavam problemas de saúde (78,4%).

### **Procedimentos para Intervenção**

Os participantes foram recrutados através de duas etapas, primeiramente através do contato com as chefias e em seguida com os funcionários participantes em potencial. Na primeira etapa, a pesquisadora foi apresentada às chefias pela psicóloga coordenadora da seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos da universidade em reunião individual com cada chefe em seus postos de trabalho. Esta reunião almejou apresentar os objetivos e funcionamento do programa, bem como negociar horários para que os funcionários participassem da intervenção durante seu período de trabalho sem prejuízo para o

andamento do trabalho no setor. Na segunda etapa, a pesquisadora visitou os setores de trabalho para convidar pessoalmente os funcionários, acompanhada pela profissional de Educação Física coordenadora do projeto de ginástica laboral. Este procedimento foi adotado como medida para maximizar as chances de adesão ao convite para participação: supôs-se que a presença da educadora física muito contribuiria para o estabelecimento de um vínculo de confiança entre os funcionários e a pesquisadora. Os funcionários foram convidados a participar voluntariamente de uma intervenção sobre “como lidar com o estresse e relacionamentos interpessoais”. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, formato e avaliação do programa. Esclarecidas as dúvidas, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha informações sobre o objetivo e formato do estudo, não identificação dos respondentes, análise agrupada dos dados, liberdade para desistência ao longo do estudo e uso previsto das informações coletadas. No ato do convite para participar do programa, os funcionários foram solicitados a responder um questionário acerca de seus temas de interesses para serem trabalhados durante a intervenção. Contudo, não é objetivo deste artigo analisar estes dados.

Foram constituídos 12 subgrupos compostos por funcionários de diferentes setores e funções, variando entre cinco a 18 participantes. Para proceder à designação para cada condição experimental, foram tomados pares de subgrupos mais parecidos entre si em

número de integrantes, grau de instrução e função. Cada subgrupo que compunha o par foi sorteado para a Intervenção ME ou HS. Ao final, ambas as intervenções constaram de seis subgrupos relativamente semelhantes em tamanho, grau de escolaridade e função. O procedimento de sorteio de pares de subgrupos similares para cada condição foi adotado para minimizar diferenças entre as condições experimentais no pré-teste e para se evitar o viés da auto-seleção: os participantes não sabiam para qual condição estavam sendo designados, logo não escolheram a condição. Adotou-se um delineamento quase-experimental, com grupo de comparação, designação aleatória em blocos e avaliação de pré e pós-teste (Cook & Campbell, 1966/1979).

O programa contou com duas condições experimentais: Intervenção Manejo de Estresse (ME) e Intervenção Habilidades Sociais (HS). A intervenção ME foi do tipo multimodal por se basear em múltiplas habilidades de *coping* ao estresse e abordou informações sobre estresse e estágios de mudança, relaxamento, treino assertivo, treino em solução de problemas, manejo de tempo e reestruturação cognitiva. A Intervenção HS baseou-se no treino em habilidades sociais. Elas se referem a comportamentos tais como iniciar e manter conversas, pedir ajuda, fazer e responder a perguntas, recusar pedidos, defender-se, expressar sentimentos, lidar com críticas e elogios, escutar com empatia, admitir erro e pedir desculpas (Caballo, 2003). Ambas as intervenções tiveram formato psicoeducativo e foram implementadas com o uso de vivências, exercícios escritos de auto-percepção,

ensaio comportamental e fornecimento de instruções. Os participantes das duas intervenções receberam 12 sessões, de 60 minutos, com periodicidade semanal, num total de 12 horas distribuídas em três meses. A primeira e penúltima sessão foram dedicadas ao pré e pós-teste.

### **Avaliação**

Os resultados da intervenção foram avaliados através de medidas verbais e fisiológicas. As medidas verbais usadas foram: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, Escala de *Coping* Ocupacional e Inventário de Habilidades Sociais.

*Inventário de Sintomas de Stress para Adultos*: Foi construída por Lipp (1998) e seu objetivo é identificar sintomas de estresse em adultos, a natureza do sintoma (física ou psicológica) e a fase de estresse em que o respondente se encontra. É composto por três quadros: o primeiro com 15 itens ou sintomas de estresse típicos da fase de alerta, a fase inicial do estresse (por exemplo, “tensão muscular” e “vontade súbita de iniciar novos projetos”); o segundo quadro com 15 sintomas descritivos das fases de resistência e quase-exaustão, as fases intermediárias do estresse (por exemplo, “sensação de desgaste físico constante” e “problemas com a memória”) e o terceiro quadro com 23 sintomas da fase de exaustão, a última e mais grave fase do estresse (por exemplo, “angústia/ansiedade diária” e “problemas de pele prolongados”). Ao todo, são 53 sintomas de estresse, sendo 19 psicológicos e 34 físicos. Apresenta um coeficiente alfa de 0,91. Os participantes

foram solicitados a marcar os itens que descreviam estados e sensações vividos nas últimas 24 horas (no primeiro quadro), ou última semana (no segundo quadro), ou último mês (no terceiro quadro).

*Escala de Coping Ocupacional:* Foi criada originalmente por Latack (1986) e validada para o Brasil por Pinheiro, Tamayo e Tróccoli (2003). Seu objetivo é avaliar estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com problemas no trabalho. A versão brasileira contém 46 itens, agrupados em três fatores: controle (ações para lidar com a fonte geradora de estresse e reavaliações cognitivas de tais fontes, como pedir ajuda para lidar com o problema), esquiva (ações ou cognições de evitação da fonte geradora de estresse, como tentar não se preocupar com a situação) e manejo de sintomas (ações ou cognições usadas para lidar com os sintomas do estresse, como prática de atividade física). Na versão usada neste estudo, o fator manejo de sintomas foi subdividido em dois fatores: manejo de sintoma (ações ou cognições usadas para lidar com os sintomas de estresse sem efeitos colaterais potenciais, como relaxamento) e comportamentos aditivos (ações usadas para lidar com os sintomas de estresse com efeitos colaterais potenciais, como comer em excesso). O índice de confiabilidade interna da escala está entre 0,77 e 0,81. O participante foi solicitado a responder conforme uma escala de cores, desde amarelo claro (nunca faço isso) até marrom (sempre faço isso).

*Inventário de Habilidades Sociais:* Este instrumento foi elaborado por Del Prette e Del Prette (2001) e avalia

habilidades requeridas na interação social, através de 38 itens agrupados nos fatores: enfrentamento e auto-afirmação de risco (por exemplo, “quando um amigo a quem emprestei dinheiro, esquece de me devolver, encontro um jeito de lembrá-lo”), auto-afirmação na expressão de sentimento positivo (por exemplo, “quando um de meus familiares consegue alguma coisa importante pela qual se empenhou muito, eu o elogio pelo seu sucesso”), conversação e desenvoltura social (por exemplo, “em meu trabalho, se alguém me faz um elogio, fico encabulado sem saber o que dizer”), auto-exposição a desconhecidos e situações novas (por exemplo, “evito fazer exposições ou palestras a pessoas desconhecidas”) e autocontrole da agressividade (por exemplo, “consigo levar na esportiva as gozações de colegas do trabalho a meu respeito”). Sete itens do instrumento não entraram em nenhum dos fatores acima e foram mantidos no presente estudo sob a denominação “assertividade”. A versão original apresenta coeficientes alfa variando entre 0,97 (primeiro fator) a 0,74 (quinto fator). Para este estudo, foram usados 32 itens do instrumento original e foram excluídos os itens relativos ao fator auto-exposição a desconhecidos e situações novas.

As medidas fisiológicas usadas foram pressão arterial e imunidade. A pressão arterial foi aferida por duas profissionais técnicas em enfermagem, previamente treinadas por um cardiologista e que não sabiam a que condição experimental pertencia o participante cuja pressão arterial estava sendo aferida. A aferição foi feita no final da segunda sessão e no final da décima

primeira sessão. Conforme procedimento padrão recomendado para evitar vieses na avaliação (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004), na sessão anterior, os participantes foram instruídos a tomar os seguintes cuidados, antes da aferição: (a) ficar sem ingerir alimentos e bebidas, (b) não se exercitar há pelo menos 50 minutos, (c) urinar (se necessário) e (d) sentar-se relaxadamente por pelo menos 5 minutos. Esfigmomanômetro do tipo oneróide da marca BD e estetoscópio foram usados para aferir pressão arterial. O instrumento usado foi calibrado no INMETRO para assegurar sua precisão. Resultados clinicamente normais, em adultos, para pressão arterial sistólica situam-se abaixo de 120 mmHg (pressão ótima) ou abaixo de 130 mmHg (pressão normal) e, para pressão arterial diastólica situam-se abaixo de 80 mmHg (pressão ótima) ou abaixo de 85 mmHg (pressão normal). Resultados acima de 140 mmHg para pressão arterial sistólica e acima de 90 mmHg para pressão arterial diastólica são interpretados como indicadores de hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004).

O leucograma foi feito na segunda semana do programa, entre a segunda e terceira sessão, e na décima primeira semana, entre a décima primeira e décima segunda sessão. Foi realizado no laboratório de análises clínicas da universidade, cuja confiabilidade foi reconhecida por certificados oficiais. Todos os participantes foram instruídos a fazer jejum oito horas antes da coleta de sangue e se dirigir ao laboratório entre 7:00 e 9:00 horas da manhã, em dia previamente especificado, para coleta de amostra de sangue. O sangue coletado foi

homogeneizado e em seguida submetido ao contador eletrônico (marca ABX Pentra 60), para mensurar a quantidade de linfócitos, neutrófilos e monócitos. Em seguida, esses resultados foram conferidos por um profissional biomédico por meio de observação direta dos diferentes grupos celulares contidos nas amostras de sangue, através de microscópio de ótica comum (marca Nikon Eclipse E200). O número clinicamente normal de células do tipo linfócitos pode variar entre 900 a 3.300, células do tipo neutrófilos podem variar entre 2.295 a 6.500 e células do tipo monócitos podem variar entre 90 a 800 células (Abbas, Lichtman & Pober, 2003).

### **Análise dos Dados**

Os dados resultantes da aplicação das medidas de auto-relato e medidas fisiológicas foram submetidos a análises exploratórias para se efetuar a limpeza do banco de dados: verificação de itens fora da escala, dados extremos, dados faltosos e problemas de distribuição. Análises preliminares com testes *t* e qui-quadrado foram feitas para se verificar diferenças em características demográficas e de linha de base entre participantes da intervenção ME e HS e entre participantes que desistiram e que completaram o programa. Para se avaliar diferenças entre as intervenções no pós-teste nas variáveis sintomas de estresse, coping, habilidades sociais, pressão arterial e imunidade foram usadas análise de covariância e análise de variância com estratificação (*blocking*).

## Resultados

### *Limpeza do banco de dados e análises preliminares*

Como etapa inicial, fez-se a inspeção do banco de dados para identificação de valores fora de escala (resultantes de erro de digitação na entrada dos dados), casos faltosos e extremos e posterior limpeza. Alguns valores fora de escala foram identificados e corrigidos. Foram identificados dados faltosos assistemáticos em todas as variáveis, entre 3% a 12%, tanto no pré-teste quanto no pós-teste. Os casos faltosos foram substituídos pelo método “*linear trend at point*”, escolhido por utilizar os demais dados do banco para estimar o dado faltoso.

Escore padronizado Z foram utilizados para se identificar casos extremos univariados. Valores acima de 3,29 e abaixo de -3,29 foram considerados casos extremos univariados (Tabachnick & Fidell, 2001). Foram identificados 13 casos extremos, distribuídos entre as variáveis neutrófilos pré-teste, linfócitos pré-teste, monócitos pré-teste, controle pré-teste, comportamento aditivo pré-teste, neutrófilos pós-teste, monócitos pós-teste, auto-afirmação na expressão de sentimento positivo pós-teste, auto-controle de agressividade pós-teste, alerta pós-teste, resistência pós-teste e exaustão pós-teste. Os casos extremos identificados foram substituídos pelo valor máximo ou mínimo de cada variável. Casos extremos multivariados não foram constatados, de acordo com resultados da distância Mahalanobis (Tabachnick & Fidell, 2001). Feita a limpeza do banco de dados,

preservaram-se os 42 participantes da intervenção ME e 32, da intervenção HS.

Testes *t* (para as variáveis contínuas) e qui-quadrado (para as variáveis categóricas) foram utilizados para se examinar diferenças em variáveis demográficas e de saúde entre participantes que completaram o programa (isto é, que responderam ao pós-teste) e participantes que não completaram o programa. Não foram identificadas diferenças significativas em variáveis demográficas entre participantes que completaram e que não completaram o programa. Testes *t* e qui-quadrado foram usados para se investigar diferenças em características demográficas e de saúde entre os participantes da intervenção ME e participantes da intervenção HS. Os participantes da intervenção ME apresentavam salários mais altos do que os dos participantes da intervenção HS. Já as demais variáveis demográficas e de saúde eram similares entre os participantes de ambas as intervenções. Testes *t* para amostras pareadas foram usados para se verificar diferenças entre os participantes das duas intervenções em escores pré-teste das variáveis: sintomas de estresse, *coping*, habilidades sociais, imunidade e pressão arterial. Diferenças significativas entre as intervenções foram observadas unicamente nas médias de controle, um dos fatores de *coping* [ $t(72) = 64,96; p < 0,05$ ]. De modo geral, esses dados evidenciam que os participantes de ambas as intervenções apresentavam em grande parte dados similares em variáveis demográficas, de saúde e escores pré-teste das variáveis de interesse, o que indica um grau de sucesso razoável do

procedimento de randomização em blocos utilizado para designar os participantes para cada condição experimental.

### **Análises de Covariância e Análises de Variância com Estratificação**

Análises de covariância foram conduzidas para se verificar efeitos das condições ME e HS (variável independente) sobre as medidas pós-teste de sintomas de estresse (alerta, resistência e exaustão), *coping* (controle, esquiva, manejo de sintomas e comportamento aditivo), habilidades sociais (enfrentamento e auto-afirmação de risco, auto-afirmação na expressão de sentimento positivo, conversação e desenvoltura social, autocontrole da agressividade e assertividade), imunidade (neutrófilos, linfócitos e monócitos) e pressão arterial sistólica e diastólica.

Medidas pré-teste destas mesmas variáveis serviram como covariantes. Os resultados da estatística descritiva (média e desvio padrão) dos escores pré e pós-teste de todas estas variáveis, em cada intervenção, estão disponíveis na Tabela 1. Escolheu-se a técnica da análise de covariância por ela controlar possíveis diferenças nas medidas pré-teste (covariantes) entre as condições experimentais e também por seu maior poder em registrar pequenos efeitos (Dugard & Todman, 1995), que possivelmente não seriam verificados com o uso da análise de variância com medidas repetidas, por exemplo, largamente usada em estudos com delineamento similar ao do presente estudo. A análise de covariância foi feita através do Método Tipo III, capaz de ajustar os tamanhos das amostras com N desiguais (ME = 42; HS = 32) (Tabachnick & Fidell, 2001).

**Tabela 1.** Médias e desvio-padrões pré e pós-teste de sintomas de estresse, *coping*, habilidades sociais, imunidade e pressão arterial, referentes às intervenções Manejo de Estresse (ME) e Habilidades Sociais (HS)

Variável	Intervenção ME (N = 42)				Intervenção HS (N = 32)			
	M	(DP) pré-teste	M	(DP) pós-teste	M	(DP) pré-teste	M	(DP) pós-teste
<b>Sintomas Estresse</b>								
Escore total	3,36	(2,46)	2,06	(1,72)	3,27	(2,02)	2,47	(2,05)
<b>Coping</b>								
Controle	4,04	(0,44)	3,94	(0,50)	3,70	(0,47)	3,87	(0,46)
Esquiva	2,56	(0,64)	2,57	(0,52)	2,58	(0,62)	2,73	(0,71)
Manejo sintomas	2,88	(0,50)	2,78	(0,48)	2,92	(0,53)	2,91	(0,55)
Comport. aditivo	1,81	(0,49)	1,70	(0,46)	1,76	(0,56)	1,84	(0,80)
<b>Habilidades sociais</b>								
Escore total	3,73	(0,44)	3,79	(0,49)	3,71	(0,34)	3,88	(0,31)
<b>Imunidade</b>								
Neutrófilos	3686	(1604,81)	3266	(915,49)	3536,00	(976,45)	3285,00	(946,49)
Linfócitos	1910	(580,3)	2007	(504,26)	2023,00	(509,14)	2058,00	(558,11)
Monócitos	418	(197,9)	514	(148,11)	415,00	(166,95)	519,00	(111,76)
<b>Pressão arterial</b>								
Sistólica	117,70	(18,7)	109,99	(17,0)	122,50	(18,00)	118,44	(1400)
Diastólica	76,88	(11,4)	71,74	(10,2)	77,24	(11,90)	79,14	(11,30)

M: Média; DP: Desvio-padrão.

Resultados da avaliação dos pressupostos de normalidade, linearidade, homogeneidade da variância, homogeneidade da regressão e fidedignidade dos covariantes (Tabachnick & Fidell, 2001) evidenciaram violações em todos os pressupostos, à exceção da fidedignidade dos covariantes. Problemas em normalidade foram identificados, por meio do teste Kolmogorov-Smirnov (Osborne, 2002), nos fatores de sintomas de estresse, fatores de habilidades sociais e neutrófilos. Análises subseqüentes de normalidade dos escores totais de sintomas de estresse e escores totais de habilidade sociais revelaram resultados satisfatórios. Por isto, adotou-se sintomas de estresse (escore total) e habilidades sociais (escore total) como variáveis dependentes, ao invés de seus escores fatoriais. Utilizou-se raiz quadrada para transformação da variável neutrófilos, com bons resultados em normalidade após a transformação.

A homogeneidade da regressão foi violada nas variáveis pressão arterial sistólica, *coping* (controle) e habilidade sociais. Segundo Dugard e Todman (1995), este pressuposto ferido não prejudica as análises de covariância se os participantes forem designados aleatoriamente para as condições experimentais e se o pré-teste for administrado antes do tratamento começar. Estas duas condições foram satisfeitas neste estudo e por isto a violação da homogeneidade da regressão não foi considerada como obstáculo para condução da ANCOVA.

A homogeneidade das variâncias foi violada nas variáveis pressão arterial diastólica, *coping* (esquiva) e *coping* (comportamento aditivo). Apesar de tal

violação, optou-se ainda assim por fazer a ANCOVA considerando argumentos de Dugard e Todman (1995), que afirmam ser a ANCOVA um teste robusto contra o afastamento do pressuposto da homogeneidade da variância se os covariantes têm distribuições normais, como era o caso deste estudo.

A linearidade entre pré e pós-teste foi violada nas variáveis monócitos, *coping* (controle) e *coping* (esquiva). Utilizou-se raiz quadrada e, subseqüentemente, logaritmo para se transformar essas variáveis e os resultados não foram satisfatórios. Diante dos problemas não resolvidos em linearidade, optou-se por realizar análises de variância com estratificação (*blocking*) nas medidas pré-teste para estas variáveis (monócitos, *coping* - controle e *coping* - esquiva), como recomendado por Tabachnick e Fidell (2001), e análises de covariância para todas as outras.

Os resultados das análises de covariância e das análises de variância com estratificação estão disponíveis na Tabela 2. Após ajustamento pelas covariantes, os resultados das análises de covariância evidenciaram não terem ocorrido efeitos significativos da condição experimental para todas as variáveis dependentes, à exceção de pressão diastólica, com  $F(3,73) = 15,69, p < .05$ . Conforme mostra a Tabela 1, as médias pós-teste de pressão arterial diastólica dos participantes da intervenção ME foram inferiores às médias da intervenção HS. Nas demais variáveis dependentes, as médias pós-teste entre as intervenções foram bastante similares.

**Tabela 2.** Valores de F e de *p* para efeito da condição de análises de covariância e análises de variância com categorias de sintomas de estresse e categorias de assiduidade ao programa.

Variável	ANCOVA		ANOVA com baixo e alto estresse		ANOVA com baixa e alta assiduidade	
	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>	F	<i>p</i>
<b>Sintomas de Estresse</b>						
Escore total	1,565	.215				
<b>Coping</b>						
Controle*			0,474	.494	0,116	.735
Esquiva*			2,917	.092	2,295	.134
Manejo de sintomas	1,121	.293				
Comportamento aditivo	1,395	.241				
<b>Habilidades sociais</b>						
Escore total	2,433	.123				
<b>Imunidade</b>						
Neutrófilos	0,062	.805				
Linfócitos	0,063	.803				
Monócitos*			0,325	.571	0,483	.490
<b>Pressão arterial</b>						
Sistólica	3,851	.054				
Diastólica	15,688	.000**				

\* variáveis com problemas em linearidade e por isto não foram inseridas nas análises de covariância.

\*\* Significativo no nível de 0.001.

Para condução das análises de variância com estratificação, foram feitas duas estratificações distintas. Em primeiro lugar, medidas pré-teste de sintomas de estresse foram agrupadas em duas categorias: baixo e alto nível de estresse. Efeitos principais do nível de estresse não foram identificados para qualquer das variáveis dependentes (ver Tabela 2). Em segundo lugar, os dados relativos à assiduidade no programa foram categorizados em dois grupos: baixa e alta assiduidade. Da mesma forma, efeitos principais do nível de assiduidade no programa não foram identificados para nenhuma das variáveis dependentes. Portanto, as análises de variância com estratificação mostraram que o nível de estresse inicial dos participantes e sua assiduidade no programa não afetaram seu desempenho

pós-teste em medidas de monócitos e *coping* (controle e esquiva).

De modo geral, a avaliação de resultados do programa não evidenciou diferenças entre os dois tipos de intervenção nos escores pós-teste das variáveis de auto-relato e nem das variáveis fisiológicas, com exceção de pressão arterial diastólica, mais baixa na Intervenção ME.

## Discussão

Os resultados obtidos contrariam, na maioria das variáveis, a predição de superioridade de resultados da Intervenção ME sobre a Intervenção HS. Ao final do programa, os participantes de ambas as intervenções apresentaram níveis similares de sintomas de estresse, *coping* a problemas no trabalho,

habilidades sociais e imunidade. Esses dados não são surpreendentes se comparados a diversos estudos anteriores (Bond & Bunce, 2000; Brunning & Frew, 1986; Friedman, Lehrer & Stevens, 1983; Goodspeed & DeLucia, 1990; Murphy, 1984; Sallis, Trevorrow, Johnson, Hovell & Kaplan, 1987; Sharp & Forman, 1985) que também compararam intervenções diferentes e identificaram resultados semelhantes entre as intervenções. O mesmo fenômeno tem sido também observado no campo da psicoterapia e foi batizado de “paradoxo da equivalência” (Stiles, Shapiro & Elliot, 1986), fazendo referência aos resultados similares obtidos de psicoterapias conduzidas com técnicas distintas.

No pós-teste, os participantes de ambas as intervenções apenas diferiram em pressão arterial diastólica: os participantes da Intervenção ME apresentaram médias mais baixas nesta variável e menos participantes desta condição encontravam-se hipertensos, em comparação àqueles da Intervenção HS, ao final do programa. Estes achados corroboram estudos prévios (Charlesworth, Williams & Baer, 1984; Craig & Hancock, 1996; Thomason & Pond, 1995) que também verificaram que intervenções multimodais para manejo de estresse ocupacional produzem decréscimos significativos em pressão arterial, tanto em participantes normotensos quanto hipertensos. Entretanto, a literatura não é consistente nesses achados. Outros estudos (Gronningsaeter, Hytten, Skauli, Christensen & Ursin, 1992; Sallis & cols., 1987) com conteúdo multimodal não encontraram qualquer efeito significativo

sobre pressão arterial. Dada a pequena amostra, a medida única de pressão arterial pré e pós-intervenção e o não controle de informações sobre outras variáveis que podem ter afetado a pressão arterial neste estudo, como o uso de medicamentos entre os participantes hipertensos, a interpretação dos resultados torna-se limitada. Conclusões definitivas sobre os efeitos benéficos de intervenções multimodais sobre pressão arterial deverão esperar até que novos estudos sejam conduzidos, os quais deverão inclusive identificar quais componentes da intervenção são os responsáveis de fato pelo decréscimo em pressão arterial. A julgar por estudos anteriores que encontraram que quanto maior a prática de relaxamento menor a pressão arterial (Charlesworth & cols., 1984; Peters, Benson & Peters, 1977), pode-se especular que o relaxamento seja um dos componentes responsáveis por este efeito. Uma outra explicação possível é que os participantes teriam adotado estratégias de *coping* mais eficazes, como a prática de atividade física ou habilidades na vivência e expressão da hostilidade. Contudo, o delineamento usado neste estudo não permite afirmações sobre isto.

Praticamente não ocorreram mudanças em imunidade, habilidades sociais e *coping*. É possível que a falta de mudança nessas variáveis se deva a características do formato do programa, quanto à duração e técnicas usadas. O programa pode ter sido curto, em termos de número de horas de contato e com insuficiência de técnicas que permitissem um avanço maior nos estágios de mudança (por exemplo, o ensaio

comportamental e o relaxamento foram feitos poucas vezes, ao passo que o oferecimento de instruções, muitas vezes) da contemplação à ação (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Esperava-se que a Intervenção ME fosse a mais efetiva na redução de sintomas de estresse. No entanto, a redução no número de participantes com estresse ocorreu em proporções aproximadamente iguais entre as intervenções. Isto levanta uma questão: quais seriam os mecanismos pelos quais intervenções em habilidades sociais resultam na redução de sintomas de estresse? A literatura demonstra que intervenções em habilidades sociais não têm sido feitas na área, embora sejam comuns intervenções multimodais que incluem treino em assertividade, que constitui apenas uma parte das habilidades sociais. Mesmo assim, apenas o estudo de Lee e Crockett (1993) consistiu exclusivamente em treino em assertividade, do qual participou uma amostra de enfermeiras em seis sessões de duas horas. Redução em sintomas de estresse e aumento em assertividade foram obtidos, em comparação a um grupo controle. Pode-se especular que as habilidades sociais afetariam reações de estresse por uma via cognitiva e outra comportamental. Do ponto de vista cognitivo, o indivíduo com habilidades sociais poderia perceber-se com mais recursos pessoais para lidar com estressores interpessoais e poderia interpretar tais estressores como sendo menos ameaçadores (Lee & Crockett, 1993). Do ponto de vista comportamental, a pessoa socialmente habilidosa poderia ter menos conflitos interpessoais,

engajar-se em relações mais gratificantes e obter mais suporte social (Del Prette & Del Prette, 1999). Tanto estes eventos cognitivos quanto os comportamentais reduziriam por fim a chance de ativação fisiológica e, por conseguinte, menos reações de estresse ocorreriam. Replicações do presente estudo com amostras estressadas são necessárias para confirmar os efeitos benéficos de intervenções em habilidades sociais sobre a redução de sintomas de estresse, bem como para identificar as variáveis mediadoras deste tipo de intervenção.

Várias limitações podem ser apontadas neste estudo. A primeira, do ponto de vista da validade estatística, é o baixo poder estatístico por causa da amostra pequena, que pode ter minimizado as chances de encontrar efeitos entre as intervenções, enquanto amostras maiores poderiam evidenciar mais claramente diferenças reais entre as intervenções. A segunda, é a falta de controle da possibilidade de difusão entre os tratamentos, isto é, que os participantes de uma intervenção tenham conversado com colegas de outra intervenção e compartilhado seus aprendizados em cada uma delas. Caso tenha ocorrido difusão, esta seria uma das explicações possíveis para a similaridade de resultados entre as intervenções. Um terceiro viés possível é a mortalidade experimental observada nas duas intervenções. É possível que tenham permanecido na intervenção somente aqueles que tinham expectativa de benefício ou que a percebiam com maior credibilidade. Até onde foi possível analisar diferenças entre os que finalizaram o programa e os que

desistiram, não se encontrou diferenças entre eles, o que sugere que a mortalidade experimental não foi um problema neste estudo. Uma quarta limitação foi o oferecimento de informação sobre *coping* e assertividade em ambas as intervenções, o que foi feito para atender a razões éticas e manter a credibilidade do programa (considerando que os participantes foram convidados a participar de uma intervenção sobre “como lidar com o estresse e relações interpessoais”). É possível que isto também tenha sido, em parte, responsável pela similaridade entre os resultados finais. Uma última explicação alternativa para a similaridade entre os resultados de ambas as intervenções é a atuação da facilitadora do grupo, que foi a mesma pessoa nas duas intervenções. Por exemplo, é provável que a facilitadora do grupo tenha tido reações empáticas à expressão de sentimentos por participantes de ambas as intervenções e estabelecido condições similares para criação do vínculo terapêutico, o que pode ter afetado os resultados.

Este estudo sugere algumas implicações para profissionais que atuam na implementação e avaliação de intervenções em ambientes organizacionais e comunitários em geral. Destacam-se aquelas relativas aos procedimentos para recrutar os participantes e obter a adesão das chefias. Grande parte dos funcionários convidados a participar do programa compareceu na primeira sessão. Este é um indicador de que o recrutamento foi bem sucedido. Atribui-se seu sucesso ao

fato do recrutamento ter sido feito com pessoas que já tinham um vínculo de confiança com as chefias e participantes e também pelo fato do programa ter sido apresentado como parte do Programa de Qualidade de Vida da universidade. A instituição incorporou o programa e ofereceu todo o apoio necessário para viabilizá-lo. Isto pode ter refletido positivamente na adesão das chefias e facilitado o sucesso no recrutamento e na implementação do programa.

Uma tarefa indispensável para novos estudos será examinar se se repete o fenômeno do “paradoxo da equivalência” (Stiles & cols., 1986), isto é, se intervenções distintas produzem resultados parecidos. Tais estudos deverão incorporar avaliações de fidelidade ou integridade do programa (Steckler & Linnan, 2002), a fim de examinar se as intervenções são de fato distintas e implementadas tal como planejadas. A adequação deste modelo de programa de manejo de estresse ocupacional para a redução de indicadores psicológicos e físicos de estresse não está clara. Novos estudos deverão ser feitos para examinar a utilidade deste modelo de intervenção, para que tipo de indicador de saúde e que tipo de intervenção é mais adequado. Estudos futuros poderiam testar programas mais prolongados quanto à duração total do programa e duração da sessão, com técnicas mais vivenciais e menos informativas. É recomendável também o uso de grupos controle, amostras maiores e com nível mais alto de estresse.

## Referências bibliográficas

- Abbas, A. K., Lichtman, A. H. & Pober, J. S. (2003). *Imunologia celular e molecular*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Almeida, O. M. M. S. (2003). A resposta neurofisiológica ao stress. Em M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp. 25-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bond, F. W. & 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. & 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.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Editora Santos.
- Calais, S. L. (2004). Stress pós-traumático: intervenção em vítimas secundárias. Em M. E. N. Lipp (Org.). *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp. 121-130). Campinas: Papirus.
- Carayon, P., Smith, M. J. & Haims, M. C. (1999). Work organization, job stress, and work-related musculoskeletal disorders. *Human Factors, 41*, 644-663.
- Charlesworth, E. A., Williams, B. & 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. & Lan, W. (2003). Using music therapy techniques to treat teacher burnout. *Journal of Mental Health Counseling, 25*, 204-217.
- Codo, W. (1998). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: design & analysis. Issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Craig, A. & 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 Zeland, 12*, 193-206
- DeFrank, R. S. & 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* (A. I. Paraguay & L. L. Ferreira, Trad.). São Paulo: Cortez (Trabalho original publicado em 1980).
- Del Prette, Z. A P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Del Prette, Z. A P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Dias, E. C., Mendes, R. & Schwartz, B. S. (2002). Occupational health in Brazil. *Occupational Medicine*, 17, 523-537.
- Dugard, P. & Todman, J. (1995). Analysis of pre-test-post-test control group designs in educational research. *Educational Psychology*, 15, 181-197.
- Ferreira, M. C. & Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira*. Brasília: Edições LPA.
- Freedly, J. R. & 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. & 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. & 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. & 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.
- Guimarães, L. A. M., Cardoso, W. L. C. D., Grubits, S. & Martins, D. A. (1999). Prevalência de transtornos mentais no ambiente de trabalho. Em L. A. M Guimarães & S. Grubits (Orgs). *Série Saúde Mental e Trabalho* (pp. 61-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ivancevich, M. J., Matteson, T. M., Freedman, M. S. & Phillips, S. J. (1990). Worksite Stress Management Interventions. *American Psychologist*, 45, 252-261.
- Koeske, F. G., Kirk, A. S. & Koeske, D. R. (1993). Coping with job stress: which strategies work best? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 319-335.
- Latack, C. J. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385.
- Lee, S. & Crockett, M. S. (1993). 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.
- Lipp, M. E. N. (1998). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Long, B. C. (1988). Stress management for school personnel: stress-inoculation training and exercise. *Psychology in the Schools*, 25, 314-324.
- Maciel, S. V. (1996). Atleta juvenil feminina: correlação entre características psicológicas, stress e lesões osteomusculares. Em M. E. N. Lipp (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil. Saúde, ocupações e grupos de risco* (pp. 211-224). Campinas: Papirus.

- Merlo, A. R. C., Jacques, M. G. C. & Hoefel, M. G. L. (2001). Trabalho de grupo com portadores de Ler/Dort: Relato de experiência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 253-258.
- Murphy, L. R. (1984). 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.
- Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 39-47.
- Osborne, J. (2002). Notes on the use of data transformations. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8. Retirado em 18/11/04 de <http://PAREonline.net/Articles.htm>
- Parkes, R. K. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, 75, 399-409.
- Peters, R. K., Benson, H. & 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.
- Pinheiro, F. A, Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2003). Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 153-158.
- Pinheiro, F. A, Tróccoli, B. T., & Paz, M. G. T. (2002). Aspectos psicossociais dos distúrbios osteomusculares (Dort/LER) relacionados ao trabalho. Em A. M. Mendes, L. O. Borges & M. C. Ferreira (Orgs.). *Trabalho em Transição, Saúde em Risco* (pp.65-85). Brasília: Editora UNB
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rowe, M. M. (2000). Skills training in the long-term management of stress and occupational burnout. *Current Psychology*, 19, 215-228.
- Sallis, J. F., Trevorrow, T. R., Johnson, C. C., Hovell, M. F. & Kaplan, R. M. (1987). Worksite stress management: a comparison of programs. *Psychology and Health*, 1, 237-255.
- Sharp, J. J. & Forman, S. G. (1985). A comparison of two approaches to anxiety management for teachers. *Behavior Therapy*, 16, 370-383.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004). IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 82, 1-14.
- Stacciarini, J. M. R. & Tróccoli, B. T.. (2002). Estresse ocupacional. Em A. M. Mendes; L. O. Borges & M. C. Ferreira (Orgs.). *Trabalho em transição, saúde em risco*. (pp. 185-205). Brasília: Editora UNB

- Steckler, A. & Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research. An overview. Em A. Steckler & 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. & Elliot, R. (1986). 'Are all psychotherapies equivalent?' *American Psychologist*, 41, 165 -180.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tamayo, M. R. (2002). *Burnout: relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Thomason, J. A. & 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 & C. P. Keita (Orgs.). *Job stress interventions* (pp. 7-20). Washington: American Psychological Association.
- Van der Hek, H. & 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. & Van Dijk, J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Health Promotion*, 91, 270-276.

**Recebido em:** 26/03/2007

**Aceito para publicação em:** 26/6/2008