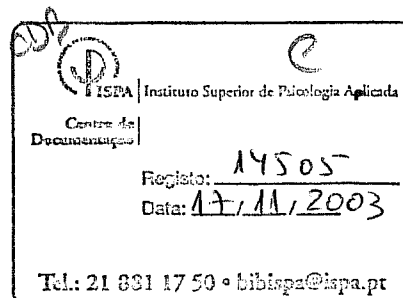


DM  
SOARES

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**PERCEÇÃO E RESISTÊNCIA AO STRESS**  
**E SEU IMPACTO NA SAÚDE**  
**DOS JORNALISTAS**

**CLARA MARIA MARTINS SOARES**  
**LISBOA, 2001**



Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do **Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**, para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**, conforme Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto "b" do nº 2 do Artº 5 do Decreto-Lei nº 216/92, de 13 de Outubro.

À minha mãe,  
Pela sua infinita capacidade de  
acreditar em mim.

## Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, Coordenador do Mestrado e orientador deste trabalho, pelo desafio que me lançou, e pela paciência demonstrada, apesar dos meus sobressaltos de viagem, até à conclusão da tese.

À Caixa de previdência e Abono dos Jornalistas, à Casa da Imprensa, e ao Sindicato dos Jornalistas, pela colaboração prestada.

Ao jornal Público, à TSF, à Lusa, à TVI e à RTP, pela facilidade de acesso permitida às instalações e acompanhamento da aplicação dos questionários, apesar da interferência que eventualmente suscitou no decurso das tarefas dos jornalistas.

Aos jornalistas que participaram nesta investigação, pela sua colaboração incondicional.

A Graça Correia, pelo incentivo e pela ajuda prestada na compreensão da linguagem informática, nem sempre compatível com a minha.

À Revista Visão, pela compreensão demonstrada por editores e colegas, que sempre valorizaram a formação académica dos seus colaboradores, dando-lhes espaço para essa aprendizagem, no curso da vida activa.

A todos agradeço, do fundo do coração.

# Percepção e Resistência ao Stress e seus Impacto na Saúde dos Jornalistas

Clara Maria Martins Soares

## Resumo

O exercício da profissão do jornalismo está sujeito a pressões e limitações de variada ordem, que influenciam a natureza stressante da sua actividade nas redacções. Este estudo exploratório teve como objectivos identificar os factores determinantes do stress no trabalho numa amostra de jornalistas, bem como a sua capacidade de lidar com o stress percebido no local onde exercem prioritariamente a sua actividade profissional. Pretendeu-se assim descrever e relacionar o possível efeito destes factores nos resultados de saúde, reflectidos no estado de saúde e nos sintomas de stress, a nível físico e psicológico.

O presente estudo foi realizado com 128 de 200 jornalistas da amostra inicial, em diversos órgãos de comunicação social e na Casa da Imprensa.

Foram utilizados três questionários e duas escalas: Percepção do Stress no Local de Trabalho (JCQ); Sentido de Coerência (SOC-29); Lista de Verificação de Sintomas Psicossomáticos (PSC); Escala de Auto-avaliação de Ansiedade (SAS) e Escala de Estado de Saúde (HSC).

Os resultados sugerem que os factores de stress no trabalho (exigências funcionais e condições de trabalho) influenciam negativamente os resultados de saúde dos jornalistas, nomeadamente, através do desencadear de reacções de ansiedade - uma resposta automática ao stress de queixas psicossomáticas, e da percepção menos favorável do estado de saúde. O sentido de coerência parece funcionar eficazmente como mediador do stress ocupacional, tendo um efeito protector e promotor da saúde, enquanto mecanismo de

Este estudo reflecte o papel dos indivíduos, por um lado, e das organizações, por outro, em situações de stress ocupacional, e apontam algumas pistas para reflexão sobre eventuais mecanismos para prevenir e gerir fenómenos de stress no local de trabalho, com repercussões na produtividade e no resultado final. Acima de tudo, eles são vitais para a sobrevivência das organizações posicionadas num mercado competitivo, como é actualmente o da comunicação social, na Era da Globalização e da Informação.

# Stress Perception and Stress Resistance and its Impact on Journalists' Health

Clara Maria Martins Soares

## Abstract

The practice of journalism is confined to pressures and constraints, which have an impact on this activity's stressful nature, in newsroom. This exploratory study aims to identify the determinant factors of job strain, in a sample of journalists, as well as their abilities to manage perceived stress at workplace, where they mainly accomplish the professional duties. It was our intent to describe and relate possible factors effects on health outcomes, reflected in health status and physical and psychological strain.

The present study was conducted with 128 of the 200 journalists of the original sample, in several media and in Casa da Imprensa.

Three questionnaires and two scales were used: Job Content Questionnaire (JCQ); Sense of Coherence (SOC-29); Psychosomatic Checklist (PSC); Self Anxiety Scale (SAS) and Health Status Scale (HSS).

The results suggest that work stressors (job demands and work conditions) influence negatively journalists' health outcomes, namely, through arousal of anxiety reactions – an automatic stress response – and psychosomatic complaints, and a less favourable health status perception. Sense of coherence seems to work effectively as a job strain mediator, by having a health-protective and a health-promoting effect, as a mechanism.

This study reflects the role of the individuals and the organisations in job strain situations, and points some clues for reflection towards eventual mechanisms for preventing and managing stress in the workplace, that impact in productivity and its outcomes. Above all, they are vital for organisations survival, once positioned in a competitive market, as the media, in Globalisation and Information Age.



	Índice
3.1.3. Ansiedade e Mal-Estar	38
3.2. Estado de Saúde	40
<b>4. Objectivos da Investigação</b>	<b>41</b>
 <b>Capítulo II - MÉTODO</b>	
<b>1. Participantes</b>	<b>42</b>
<b>2. Material</b>	
2.1. Questionário "Stress no Local de Trabalho" (J.C.Q.)	42
2.2. Questionário "Sentido de Coerência" (S.O.C.)	44
2.3. Escala de Auto-avaliação da Ansiedade (S.A.S.)	46
2.4. Inventário de Manifestações Físicas de Mal-estar (PSC)	48
2.5. Qualidade de Vida/Estado de Saúde (Q.V.)	49
<b>3. Procedimento</b>	<b>49</b>
 <b>Capítulo III - RESULTADOS</b>	
<b>Estratégia para análise dos resultados</b>	<b>51</b>
<b>1. Caracterização demográfica da amostra</b>	<b>51</b>
Idade	51
Estado civil	52
Habilitações literárias	52
Local de trabalho (suporte de comunicação)	53
Trabalho por turnos	53
Carga horária	54
<b>2. Estatísticas</b>	<b>54</b>
2.1. Stress Ocupacional	55
2.1.1. Sexo	55
2.1.2. Estado Civil	55



	Índice
2.1.3. Local de Trabalho	55
2.1.4. Trabalho por Turnos	57
2.2. Sentido Interno de Coerência	57
2.2.1. Idade	57
2.3. Estado de Saúde	58
2.3.1. Nº de Horas de Trabalho	58
2.4. Manifestações Físicas de Mal-Estar	59
2.4.1. Sexo	59
2.5. Ansiedade	59
<b>3. Coeficientes de Correlação</b>	<b>60</b>
3.1. Stress Ocupacional e Resultados de Saúde	60
3.1.1. Estado de Saúde	60
3.1.2. Manifestações Físicas de Mal-estar	61
3.1.3. Ansiedade	61
3.2. Sentido de Coerência, Stress Ocupacional e Resultados de Saúde	61
3.2.1. Stress Ocupacional	62
3.2.2. Estado de Saúde	62
3.2.3. Mal-Estar Físico	62
3.2.4. Ansiedade	63
3.3. Resultados de Saúde	63
<b>Capítulo IV – DISCUSSÃO</b>	<b>65</b>
<b>1. Variáveis Demográficas</b>	<b>65</b>
1.1. Stress Ocupacional e Resultados de Saúde em função do Sexo	65
1.2. Stress Ocupacional em função do Estado Civil	66
1.3. Sentido de Coerência em função da Idade	67
1.4. Stress Ocupacional em função do Trabalho por Turnos	68
1.5. Estado de Saúde em função da Carga Horária	69
<b>2. Stress Ocupacional e Resultados de Saúde</b>	<b>70</b>
<b>3. Stress Ocupacional e Sentido de Coerência</b>	<b>70</b>

	Índice
<b>4. Sentido de Coerência e Resultados de Saúde</b>	<b>74</b>
<b>5. Discussão</b>	<b>75</b>
<b>Capítulo V - NOTAS FINAIS</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Síndrome Geral de Adaptação	13
Fig. 2 – Os Três Eixos de Activação da Resposta de Stress	16
Fig. 3 – Modelo dos Stressores Ocupacionais	20
Fig. 4 – Modelo das Pressões Laborais	22

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Problemas de Saúde estudados com o JCQ	24
Quadro 2 – Os oito tipos de SOC	33
Quadro 3 - Resultados dos Estudos que usaram o Questionário SOC	33
Quadro 4 - Correlações do SOC com medidas-teste (validade de critério)	34
Quadro 5 - Sintomas de mal-estar associados ao stress crónico	35
Quadro 6 - Coeficientes de Variação (JCQ)	44
Quadro 7 – Coeficientes de Variação e Consistência Interna (SOC)	46
Quadro 8 – Coeficientes de Variação (HSS)	49
Quadro 9 - Distribuição da Amostra por Idade	51
Quadro 10 - Distribuição da Amostra por Estado Civil	52
Quadro 11 - Distribuição da Amostra por Habilitações Literárias	52
Quadro 12 - Distribuição por Suporte de Comunicação	53
Quadro 13 - Distribuição da Amostra por Turnos	53
Quadro 14 - Distribuição da Amostra por Nº de Horas de Trabalho Diário	54
Quadro 15 - Stress Ocupacional (resultados significativos)	56
Quadro 16 – Sentido de Coerência (resultados significativos)	57
Quadro 17 - Distribuição da Amostra por Estado de Saúde	58
Quadro 18 – Estado de Saúde (resultados significativos)	58
Quadro 19 - Manifestações Físicas de Mal-estar – Frequência	59
Quadro 20 - Ansiedade – Frequência	60
Quadro 21 – Stress Ocupacional e Resultados de Saúde (Correlações Significativas)	61
Quadro 22 - SOC, Stress Ocupacional e Resultados de Saúde (Correlações Significativas)	63

## Índice de Figuras e Quadros

Quadro 23 – Estado de Saúde e Mal-Estar Físico (Correlações Significativas)	64
Quadro 24 – Mal-Estar Físico e Ansiedade (Correlações Significativas)	64

## INTRODUÇÃO

### 1. A DOENÇA DA PRESSA

Retratado no universo dos *media* como a grande ameaça do novo século, o stress assumiu o papel de inimigo privilegiado da saúde pública: algo que, à semelhança de um vírus, pode viciar tanto como destruir, cabendo a responsabilidade pelo controlo dos seus efeitos e causas, não apenas à classe médica, mas a toda a sociedade, a cada indivíduo em particular.

Tema de capa de jornais e revistas de informação geral, o stress é também alvo de sondagens, a propósito das quais se entrevistam especialistas e se dá a conhecer um pouco das preocupações sentidas pelos cidadãos, de um modo geral.

Numa sondagem<sup>1</sup> sobre a percepção de stress dos portugueses, mais de metade dos inquiridos admitiu ter muito stress na sua vida, sendo a profissão o motivo mais apontado para esse sofrimento (42% das respostas), logo seguida dos problemas familiares (15% das respostas). Convidado a comentar os resultados, o psiquiatra Afonso de Albuquerque sublinhou que o stress não é uma doença, mas antes *o síndrome da nossa capacidade de adaptação ao meio ambiente e da qual depende a nossa sobrevivência* (TAL & QUAL, 1998:11).

Se há termos que podem ser incluídos na categoria de ambíguos, a palavra "stress" é um deles. Fala-se de "stress" para mencionar uma série de consequências negativas associadas ao ritmo de vida acelerado e intenso, característico das sociedades ditas desenvolvidas: quanto mais avançada for uma sociedade, maior o nível de stress, fonte e fruto de inúmeros problemas médicos, económicos e sociais. Mas o termo também tem sido utilizado com uma conotação positiva: o "stress" enquanto catalizador das nossas vidas, o "sal que dá gosto à vida", impulsionador de mudanças e evoluções diversas.

Doença da pressa para uns, vício da adrenalina para outros, aí reside o paradoxo do stress, que tem equivalente na expressão popular *não se vive bem com ele, mas não se pode passar sem ele*.

---

<sup>1</sup> Sondagem realizada sob direcção técnica de Jorge Sá e Luís Reto, com uma amostra representativa do universo (706 entrevistas telefónicas a eleitores do Continente e Ilhas), equilibrada segundo a região, a dimensão da localidade de residência, o sexo, a idade, a instrução e a situação perante o trabalho dos inquiridos. Erro padrão máximo de 1,9 por cento.

A generalização do conceito de stress na sociedade torna difícil operacionalizá-lo. Na própria comunidade científica, houve quem estabelecesse semelhanças entre a função do stress na sociedade actual e o papel que tinham os demónios e fantasmas em épocas remotas (Lazarus, 1991).

A par da abordagem do stress dirigida ao público em geral (Albuquerque, 1987), existem no nosso país alguns trabalhos de natureza científica (Cruz, 1996; Ferreira, 1999; Gomes, 1998; Graça e Nunes, 1996; Graça e Reis, 1992; Jesuíno, 1992; McIntyre, 1994; Santos, 1998; Vaz Serra, 1999).

Inicialmente estudado do ponto de vista médico-fisiológico, o stress é hoje abordado numa perspectiva psicossocial. As diversas correntes de investigação neste domínio contemplam uma visão integrada dos mecanismos inerentes ao stress. A investigação no campo da ergonomia, a pesquisa de stressores - no contexto laboral, nomeadamente - e o estudo de estratégias para fazer face ao stress de ordem psicológica, permitem, em conjunto, reunir elementos essenciais para uma intervenção multidisciplinar, por parte dos departamentos de medicina do trabalho e de recursos humanos.

### **1.1. Custos do Stress**

A par do aumento da esperança de vida, resultante do desenvolvimento social e das ciências da saúde, assistiu-se, nos últimos anos, ao aumento das doenças crónicas associadas aos estilos de vida, também conhecidas por *doenças da civilização*, ou do comportamento.

Em diversos países ocidentais onde se efectuaram estudos sobre os encargos governamentais inerentes ao stress, as conclusões foram preocupantes: nos Estados Unidos, entre 50 a 75% das idas ao médico decorreram, directa ou indirectamente, de perturbações relacionadas com o stress, equivalendo a 60% da totalidade do absentismo nas empresas e a gastos anuais superiores a 200 biliões de dólares, enquanto no Reino Unido os números oficiais apontaram para gastos na ordem dos 3,5% do Produto Interno Bruto (Michal, 1991).

O stress psicossocial foi recentemente considerado, a nível mundial, como um importante factor de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares, que vitimam anualmente 10 milhões de pessoas no planeta, devendo duplicar no ano 2005.<sup>2</sup>

Um levantamento efectuado em 1991 pela Comissão da então Europa dos Doze sobre os riscos de saúde de uma amostra de 12.500 trabalhadores revelou que o stress aparecia em quarto lugar na lista de problemas inventariados (28% das respostas portuguesas), face aos 48% da média europeia. Este risco era precedido da fadiga crónica (51% das respostas portuguesas, face aos 26% da média europeia), que foi considerada como o problema de saúde mais importante detectado no local de trabalho, no nosso país, e atribuído, em termos hipotéticos, a stress físico e mental (Graça, 1997:5).

Em Janeiro do ano 2000, o jornal EXPRESSO revelou, com base em dados do Eurostat e do Relatório do Desenvolvimento Humano/1999, da ONU, que *os portugueses são dos europeus que mais trabalham (43,1 horas por semana, acima da média europeia de 42,1)*. O mesmo artigo acrescentava que *as portuguesas ganham menos do que os homens, mesmo as mais jovens, que tiveram igual acesso à educação e ao trabalho*.

Em Portugal não existem estatísticas, mas os dados disponíveis referentes ao consumo de medicamentos vulgarmente associados ao combate do stress apontam para o consumo de mais de dois milhões de comprimidos por mês, apenas na cidade de Lisboa<sup>3</sup>. Ocupamos o segundo lugar na União Europeia relativamente ao consumo de benzodiazepinas (BDZ), com encargos para o Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.) superiores a três milhões de contos anuais<sup>4</sup>.

Na zona sul, a situação não é muito diferente: só no Algarve, e de acordo com dados do serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências (SPTT), o consumo

---

<sup>2</sup> Declaração da Catalunha: Investir na Saúde do Coração. Segunda Conferência Internacional para a Saúde do Coração. Barcelona, 1995.

<sup>3</sup> Jornal "INDEPENDENTE", 16 de Julho de 1999. A notícia refere-se ao consumo de benzodiazepinas, receitadas para combater estados de ansiedade e tensão, e baseia-se no levantamento dos medicamentos mais receitados nos meses de Maio dos últimos três anos, da responsabilidade da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo/Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> Fonte: Instituto da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), Informação Estatística - "os dez subgrupos farmacoterapêuticos com maior encargo financeiro no SNS, 1996" - últimos dados disponíveis.

de tranquilizantes e anti-depressivos disparou nos últimos anos, e a sua evolução apresenta uma taxa superior à do crescimento populacional, já que, no ano de 97, foram vendidas quase 370 mil embalagens destes medicamentos (numa região onde existem 350 mil residentes recenseados), excluindo as receitas privadas e os medicamentos comprados sem receita médica. Uma realidade que levou fontes do SPTT a considerarem, em entrevista ao semanário "EXPRESSO"<sup>5</sup>, que existe «um autêntico barril de pólvora que mais dia menos dia poderá explodir».

O plano estratégico do Ministério da Saúde, que apresenta as metas a atingir até ao ano 2002, tem em linha de conta a *gestão do stress*, englobando-a nas 23 áreas prioritárias a desenvolver para atingir ganhos em saúde. Alcançar este objectivo traduz-se, neste documento, em "reduzir a proporção de pessoas que referem estar sujeitas a stress continuado (sensação desagradável e indesejada de tensão por conflito emocional)" e "aumentar a proporção de pessoas que referem ser capazes de controlar o stress", contribuindo assim para evitar a medicalização dos efeitos nocivos de estilos de vida pouco saudáveis.<sup>6</sup>

## 1.2. Profissão: Jornalista

Muito antes de existirem as primeiras investigações sobre a actividade jornalística, a profissão era exercida tendo como ponto de referência *descobrir e divulgar a verdade dos factos*. A melhor forma de alcançar esse fim consistia em informar com objectividade, ou seja, separando os factos dos valores. No entanto, essa teoria veio a revelar-se um mito, já que na prática, ninguém consegue ser realmente objectivo, embora procure agir com equidade (Rosen, 1993).

Os estudos sobre a circulação da informação a nível mundial, bem como a investigação comparativa de jornais, tiveram início na década de 50, em particular nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha. A partir dos anos 70, começaram a ser efectuadas investigações sobre a influência da organização no trabalho jornalístico (Sigelman, 1973; Warner, 1971), o peso do factor económico (Gray, 1978) e a análise do jornalismo enquanto profissão (Elliot, 1978). Ainda que escassos, existem também alguns trabalhos centrados nas representações dos jornalistas - como *contadores de*

---

<sup>5</sup> Jornal "EXPRESSO", edição de 14.Agosto.99, caderno 1.

<sup>6</sup> Fonte: Estratégia de Saúde 1998 - 2002, p. 30.



*estórias* (Tuchman, 1976) – e na análise de textos jornalísticos (Roeh, 1989; Mathien, 1992).

A expansão do poder jornalístico tem vindo a assumir novas formas de organização, em que as empresas que produzem conteúdos jornalísticos, estruturadas em grupos, estendem o seu alcance a todos os cantos do mundo (Traquina, 2000: 23). Neste quadro de referência, compete ao jornalista ser capaz de adaptar-se aos códigos e climas organizacionais, para vingar na profissão. Porém, esse caminho revela-se, por vezes, sinuoso, já que o processo de integração laboral parece condicionado por *forças de socialização* (Tuchman, 1978:206). A título de exemplo, um facto só passa à categoria de notícia quando é transformado em *estória* – com princípio, meio e fim – obedecendo às regras da narrativa literária. Por outro lado, o rótulo “noticiável” é estruturado de acordo com as necessidades da organização, e não apenas em função das características objectivas do evento.

Este dado constituiu um ponto de partida para a análise das armadilhas do jornalismo, a forma como a autoridade e o poder funcionam como código de conhecimentos colectivos<sup>7</sup> para os jornalistas (Zeliger, 1993:81).

As práticas jornalísticas e a organização do trabalho produzem notícias que contribuem para a legitimação do *status quo*, na medida em que as regras do profissionalismo defendem implicitamente as normas e valores da sociedade vigente, contribuindo para o conformismo (Correia, 1997).

Os sentimentos de dever e estima face aos superiores - o grupo de referência (veteranos, chefias) - determina o conformismo perante as normas da política editorial e o perfil de trabalho na sala da redacção. Este grupo de referência funciona assim como fonte de recompensa para efeitos de estatuto e por permitir a sua aceitação num grupo apostado num trabalho interessante; para trás, nas prioridades do jornalista, ficariam assim os seus leitores, os clientes e destinatários do produto final.

O *quarto poder* - como ainda são conhecidos os *media* - ocupou o centro da actividade política, mas não atingiu esse objectivo relativamente ao universo económico, que detém a primazia na hierarquia de poderes (Correia, 1997:267). A

---

<sup>7</sup> A este propósito, leia-se o testemunho de uma jornalista, na profissão há 5 anos: «Sinto-me presa a um regime que louva os atrevidos que nos passam à frente e nós, os jornalistas. Entendam que sei que não somos nós os detentores do poder dos acontecimentos no mundo, não somos (...) Esta, meus colegas, é a minha luta, a minha culpa» (Cruz, 1998: 185).

*comercialização da informação* afecta, deste modo, as concepções, valores, comportamentos e práticas dos jornalistas (Correia, 1998: 41).

Ainda que o tema do presente trabalho pouco tenha a ver com o fenómeno do conformismo, ele parece estar ligado à emergência de novos conceitos de fazer jornalismo, como o *infotainment* (combinação entre informação e entretenimento), e a *imprensa cor-de-rosa* (dedicada à cobertura de aspectos da vida privada de figuras públicas), formatos que, na maioria dos casos, são decididos na planificação das estratégias de grupo, deixando poucas possibilidades de escolha a jornalistas e editores.

A função do jornalista envolve hoje um grau de complexidade apreciável, e engloba diversas limitações, que se prendem com factores de natureza educacional, cultural e com as regras do jogo vigentes no *setting* onde o profissional faz escola e, eventualmente, carreira.

A responsabilidade que lhe cabe, enquanto agente de informação, na esfera da opinião pública, constitui, talvez, a motivação principal que norteia, em primeira e última instância, a actividade do jornalista. Porque, como é sabido, no seio da classe, *se o mundo não pára, os jornalistas também não podem parar*. Um guião que, para qualquer contador de *estórias*, parece sobrepor-se a todos os condicionalismos.

### 1.2.1. Evolução da Profissão em Portugal

A imagem de dinamismo, prosperidade e notoriedade associada ao jornalismo, manifesta-se, hoje, na proliferação de cursos de comunicação social. Uma investigação efectuada no I.S.C.T.E., com base em 115 questionários aplicados a jornalistas portugueses, revelou que, nos últimos dez anos, o número de profissionais triplicou<sup>8</sup>, e o universo se "feminilizou" (mais 23% que há dez anos) e "juvenilizou" (66% tem menos de 40 anos) (Garcia, 1998). O mesmo trabalho permitiu concluir que:

- a maioria dos jornalistas inquiridos é licenciada, tem formação específica em Jornalismo, ganha entre 150 e 250 contos e tem um contrato de trabalho por tempo indeterminado, embora 23% esteja numa situação de precariedade;

<sup>8</sup> Há 12 anos, o número de jornalistas com carteira profissional era de 1460; hoje, segundo a Comissão da Carteira, estão recenseados 4203 profissionais, com uma idade média que ronda os 35 anos, estimando-se que existam perto de 2 mil a exercer funções sem o título. Neste caso, pode dizer-se que o número de jornalistas quadruplicou nos últimos dez anos.

- 90% dos inquiridos afirmou ter sofrido pressões e quase metade referiu-se a pressões internas, no órgão de comunicação social onde trabalha<sup>9</sup>.
- 98% dos inquiridos manifestou o desejo de continuar a exercer a profissão.

A generalização do uso das novas tecnologias no espaço das redacções facilitou a vida aos jornalistas, mas lançou-lhes novos desafios. As agências de comunicação, as assessorias e gabinetes de imprensa de organismos oficiais e outras fontes de informação - como a Internet - permitem o acesso a mais dados, mas condicionam a liberdade de acção do jornalista, confrontado diariamente com a falta de tempo para processar e cruzar informações, para distinguir dados credíveis e que constituam efectivamente notícia, entre "toneladas" de textos que lhe chegam à mão com o selo de "actualidade".

Os resultados parciais de uma investigação levada a cabo pelo jornalista Rui Pereira (1998) mostraram, através da análise de conteúdo de uma série de notícias de jornais diários e semanários, que as informações de carácter negativo se sobrepõem às de natureza positiva, fazendo mesmo 75% das manchetes. Em termos de negócio, assiste-se à procura de escândalos e à venda de notícias com pendor negativo. Este fenómeno parece fazer parte de uma tendência global, decorrente da economia de mercado.

Para manter o lugar, o jornalista em início de carreira acaba por "render-se" às regras do jogo/negócio, o que gera, em muitos casos, um forte sentimento de incomodidade<sup>10</sup>, que se traduz, ao longo da carreira, em três atitudes distintas:

- Conformismo – Opção pela manutenção do emprego, em detrimento da consciência ética;
- Abandono da profissão – Mais frequente entre os vinte e os trinta anos de idade, altura em que se questionam, geralmente, os códigos implícitos à actividade;
- Resistência – Opção de manutenção na empresa, assente na crença de transformar, à sua dimensão – pela competência técnica – as regras vigentes.

---

<sup>9</sup> Segundo José Pedro Castanheira, do Jornal Expresso, 95% da classe trabalha por conta de outrem (c.f. Livro de Teses do 3º Congresso dos Jornalistas Portugueses, 1998, p.30).

<sup>10</sup> Informação recolhida junto de Daniel Ricardo, Editor Executivo da Revista Visão e formador no CENJOR.

Os jornalistas que optam por se manter no ramo não ficam, contudo, imunes aos efeitos erosivos do mesmo. A partir dos quarenta anos, e na ausência de um estatuto profissional compatível (cargo de chefia), é comum assistir-se a um sentimento de frustração e de impotência: o desgaste físico associado às rotinas da profissão, a perda gradual do vigor físico e da tolerância para com as exigências do trabalho (polivalência, conciliação de prazos de execução apertados com indisponibilidade das fontes), o facto de ver-se ultrapassado por pessoas mais jovens – muitas vezes seus superiores – e a necessidade crescente de espaço para a vida privada são factores decisivos na emergência deste estado de espírito.

### 1.2.2. Riscos associados à profissão

A impossibilidade de conciliar o tempo de que se dispõe para executar uma tarefa – artigo, peça, reportagem - e a disponibilidade das fontes – pessoas ou instituições - parece constituir o maior “quebra-cabeças” de um repórter.

A profissionalização do sector – formação académica e profissional – contribuiu para uma visão menos idealista da profissão, mas não conseguiu por termo ao “mal mais comum na classe”: a procrastinação. O “síndrome da última hora” é, paradoxalmente, idêntico na imprensa diária e não-diária: *Os jornalistas dos semanários devem ser dos que mais sofrem por causa disto; a percepção do tempo que têm dá-lhes a ilusão de poderem preparar e redigir o trabalho com mais rigor*<sup>11</sup>.

Entre os "ossos do ofício"<sup>12</sup> mais comuns, destacaram-se os seguintes:

#### □ *Trabalho sob pressão*

Seja qual for o suporte (meio de comunicação e o regime em que se trabalhe (liberal ou por conta de outrem), existe sempre um prazo a cumprir (a hora do noticiário, o *dead-line* para o fecho do jornal), que não pode ser infringido. O carácter de urgência - o "dar a notícia em primeira mão" antes que a concorrência o faça - é uma outra forma de pressão. É a pressão do tempo que marca o ritmo em que se trabalha no meio, independentemente dos regulamentos estabelecidos por cada empresa.

---

<sup>11</sup> *Idem.*

□ *Superficialidade v.s. Aprofundamento*

O trabalho exercido diariamente nas redacções exige que qualquer assunto, por mais complexo, seja acessível ao(s) público(s) a que se destina. Nesse sentido, o tratamento da informação pretende-se tão rigoroso e completo como de fácil apreensão e de forma que "agarre o destinatário", que seja uma "história bem contada". Espera-se do jornalista, ainda que implicitamente, que tenha "faro" no exercício da sua função.

□ *Especialização v.s. Generalismo*

Este confronto assume contornos mais nítidos à medida que o jornalista vai acompanhando um assunto ao longo do tempo, passando a considerar novos ângulos de abordagem - "especializando-se", por assim dizer, num dado tema/área - e ao mesmo tempo se depara com novas realidades, sempre diferentes, que marcam a actualidade. Ao ter que "saltar" de um assunto que domina para outro que se lhe impõe, e para o qual ele "vai a zero". Esta situação conflitual pode estar na base do desejo partilhado por muitos jornalistas, em dado momento da sua carreira: a vontade de dedicar-se a um projecto que implica maior e continuado aprofundamento (exemplo: escrever/editar um livro), como forma de ultrapassar o trabalho de campo centrada no efémero (um jornal é lido e depois deita-se fora, uma notícia passada na televisão ou ouvida na rádio tem um curtíssimo tempo de vida na memória colectiva, mais que não seja porque há sempre outros assuntos que se seguem na hora/dia seguinte).

□ *Inferioridade funcional*

O jornalista, representante do "4º poder", que personifica aquilo que o público quer ou pode estar interessado em saber, está sempre na posição de "quem pede", de quem pergunta, de quem precisa. É com base nos conteúdos/informações recolhidas (independentemente do grau de dificuldade para a obtenção das mesmas) que o seu trabalho terá um dado valor. Este papel implica a gestão de alguma tensão, inerente ao próprio acto de pedir, mas também decorrente das limitações impostas por quem veicula a informação em jogo, e que detem o poder de decisão.

---

<sup>12</sup> Com base em informações cedidas pela Caixa de Previdência e Abono de Família dos Jornalistas e pelo Prof. José Leschner, do Centro de Formação Protocolar para Jornalistas (CENJOR).

### 1.2.3. Mitos associados à profissão

Desde os tempos em que o jornalista tinha a designação de *ardina*, passando pelo período de transição que se seguiu à implementação do regime democrático, a representação social do jornalista foi sofrendo progressivas alterações. Se a profissão é hoje mais valorizada por parte do público, não é menos verdade que está conotada com certos mitos, alguns deles mais ajustados à geração que tem já mais de 15 ou 20 anos de profissão.

#### □ *Eterna juventude*

Ser jornalista é sinónimo de iniciativa, vigor e rapidez. Estar onde está a notícia, ser capaz de fazê-lo antes ou melhor que a concorrência, e comunicar de forma original o que se pretende tornar público, são condições que requerem vitalidade, e uma certa dose de energia, para serem satisfeitas. Ser jornalista pode representar um certo modo de estar na vida, uma certa irreverência, um apreço particular pelo risco, pela procura de desafios.

#### □ *Jornalismo como centro da vida*

Existe uma regra tácita na classe, segundo a qual um serviço nunca se abandona a meio. Uma reportagem deve ser iniciada e concluída pelo seu autor. O trabalho não se compadece com horários, pois "as notícias não escolhem hora". A disponibilidade do jornalista para cumprir os objectivos que se propõe (ou lhe são impostos) deve ser máxima, total.

#### □ *Fama/protagonismo*

Ser jornalista pode significar um passaporte para o sucesso pessoal, para a conquista de um *status*. Estar presente em conferências, *cocktails*, *vernissages*, ter acesso privilegiado fontes/agentes do poder, ou simplesmente ser um nome e/ou rosto familiar que chega a um número considerável de pessoas - aspectos de natureza social que podem ter tanto de atractivo como produzir efeitos perversos (exemplo: é frequente no meio televisivo "ficar doente sempre que se é afastado do ecrã"). Privado de protagonismo, o jornalista perde também o acesso ao reconhecimento social e pessoal de que até aí beneficiava, e que considerava como parte de si.

Estes factores têm sido associados ao desgaste que muitos sofrem no decurso da profissão (acentuado pelo facto de estarem sempre a surgir novos profissionais mais jovens e prontos a conquistar uma posição de reconhecimento, no exercício da actividade).

## 2. PERCEPÇÃO E RESISTÊNCIA AO STRESS

O stress existe em nós, parte de um processo de adaptação à vida de todos os dias. Ainda que o conceito não estivesse presente nos códigos de há dois milénios atrás, já o filósofo grego Protágoras concluíra que a adaptação não era mais do que o presente da excelência do Homem.

Hoje, que a mudança é um dado adquirido em todas as áreas da actividade humana, a capacidade de adaptação é, mais do que nunca, uma condição de sobrevivência. À semelhança do homem das cavernas, o homem moderno manifesta o seu instinto de conservação através de reacções químicas e comportamentais, em face de perigos reais ou situações que percebe como ameaçadoras.

O simples facto de pensarmos que vamos passar por uma situação stressante pode desencadear as mesmas reacções fisiológicas que ocorrem na resposta a uma ameaça externa: o coração bate mais depressa, os músculos ficam mais tensos, a boca seca. Mas a resposta ao stress varia de pessoa para pessoa. Por exemplo, estar numa fila de trânsito, pode significar uma oportunidade para ouvir música; mas pode também ser uma ocasião propícia a um ataque de nervos.

O stress é a condição que resulta da percepção de uma discrepância – real ou não – entre as exigências de uma situação e os recursos psicossociais disponíveis. O processamento destes dados resulta numa apreciação de uma situação como inócua, desafiadora ou ameaçadora (stressante).

O físico Thomas Young usou o termo stress para designar a interacção entre uma força e a resistência a essa força. Mas foi com o fisiologista Walter Cannon (1929) que surgiu a primeira descrição de como o corpo humano reage a uma situação de emergência, a que deu o nome de resposta de *ataque ou fuga*. Esta resposta consistia na mobilização do organismo, através dos sistemas nervoso e endócrino, para agir rapidamente face a ameaças/perigos. Esta reacção teria efeitos positivos, mas poderia

ser igualmente negativa, caso se prolongasse no tempo<sup>13</sup>. Nesta perspectiva, o stress era entendido como estímulo externo ao organismo, que perturbava o seu funcionamento interno. A segunda metade do século XX seria decisiva para a abordagem do stress enquanto processo.

## 2.1. Modelo Biológico do Stress

O médico canadiano Hans Selye (1946) adaptou o conceito de stress à biologia, e desenvolveu uma série de experiências laboratoriais sujeitando cobaias a uma série de agentes stressores - temperaturas elevadas ou muito baixas, raios X, injeções de insulina, e exercício - durante longos períodos de tempo. Selye descobriu que o stress era uma condição intrínseca ao organismo, uma resposta não específica ao ambiente, desencadeada por diversos estímulos - os stressores - do ambiente<sup>14</sup>. Assim, a reacção de *ataque-ou-fuga* era apenas a primeira de três fases distintas que envolviam o processo que designou por *Síndrome Geral de Adaptação* (SGA):

- *Reacção de alarme* - Tem a função de mobilizar as defesas do organismo para a acção, por via do sistema nervoso simpático, que activa o sistema endócrino, para a resposta de *ataque-ou-fuga*. Na prática, desencadeia-se um aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, bem como da respiração; a libertação de adrenalina (epinefrina), norepinefrina e cortisol - as hormonas do stress - na corrente sanguínea; verifica-se ainda a activação das glândulas sudoríferas, bem como alterações musculares.
- *Resistência* - o organismo procura adaptar-se ao stressor, mantendo a activação fisiológica elevada (ainda que inferior à da primeira etapa), mas são visíveis menos sinais de stress. Apesar disso, esta é a altura em que o organismo fica progressivamente vulnerável a problemas de saúde - as *doenças da adaptação* - que podem ir da hipertensão arterial a doenças cardiovasculares, passando por úlceras pépticas, colite e asma brônquica.

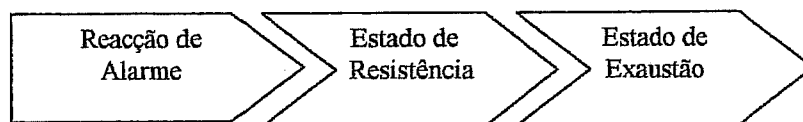
<sup>13</sup> Cannon estudou casos de morte súbita, descritos a partir de culturas primitivas, a que deu o nome de "Morte Voo doo" (Cannon, 1942): a morte acontecia de forma abrupta em pessoas aparentemente saudáveis, mas em que uma disfunção cardíaca levava a um desfecho fatal. Mais tarde, estudos sobre a morte súbita viriam a explicar o fenómeno pressupondo a existência de factores de vulnerabilidade preexistentes, por um lado, e a presença de factores de stress severos. Estas duas condições poderiam levar à morte (Allan & Scheidt, 1990).

<sup>14</sup> Mais tarde, Selye viria a considerar que, sendo o stress para ele uma resposta, o termo mais adequado para designá-la seria "strain" (Selye, 1979).



□ *Exaustão* - aqui verifica-se um retorno dos órgãos ao estado normal; porém, em face da exposição prolongada ou repetida a stressores, as defesas/recursos disponíveis ficam consideravelmente limitados a ponto de reduzirem ao mínimo a resistência do organismo; o desgaste energético, se prolongado, pode conduzir ao colapso, e mesmo à morte.

Figura 1 – Síndrome Geral de Adaptação



Fonte: E. Sarafino. *Health Psychology*. 80. Wiley, 1994.

Para Selye, não era possível nem desejável evitar o stress, porque ele fazia parte da vida. O autor chegou mesmo a propor o conceito de *bom stress* ("eustress"), para representar a resposta adaptativa a stressores aparentemente inofensivos ou até benéficos, contribuindo para a saúde e bem-estar<sup>15</sup>, sendo o *mau stress* ("distress") aquele que provoca danos no organismo, resultando em doença e até em morte prematura (Selye, 1974).

Ainda que, no essencial, o modelo SGA se mantenha válido, ele tem alguns limites, como não contemplar outros factores para além da resposta fisiológica não específica, como sejam os de natureza biológica (idade, sexo), psicológica e individual (personalidade), e até de estilos de vida (fumar, beber, abuso de medicamentos).

## 2.2. Modelo Transaccional do Stress

O stress começou a ser encarado numa dimensão psicológica a partir das investigações de Richard Lazarus e colaboradores, para quem as *variáveis cognitivas* afectavam a interpretação de acontecimentos stressantes. Assim, a percepção de uma situação enquanto ameaça ou desafio, e da capacidade individual para lidar com isso, determina a resposta de stress (Lazarus e Launier, 1978).

<sup>15</sup> Selye não foi o primeiro a admitir que o stress seria benéfico para a saúde. Antes dele, algumas teorias da motivação defendiam que certas pessoas funcionavam melhor e se sentiam melhor, em presença de um certo nível de estimulação ("arousal"), para elas considerado óptimo (Hebb, 1955), o que justificaria porque é que, em face dos mesmos estímulos, certas pessoas ficavam doentes e outras não, mantendo-se, pelo contrário, mais bem dispostas.

A teoria proposta por Lazarus assenta na capacidade v.s. incapacidade pessoal para lidar com uma situação stressante, ou *coping* (Lazarus e Folkman, 1984), que é uma parte importante da resposta ao stress.

Lazarus e Folkman definiram stress psicológico como «*uma relação específica entre a pessoa e o ambiente que é apreciada pela pessoa enquanto sobrecarregando ou excedendo os seus recursos, e pondo em causa o seu bem-estar*» (p.19). Esta é a base do *modelo transaccional do stress*.

O papel da interpretação cognitiva - ou avaliação (*appraisal*) - na resposta individual ao stress pode ser descrito em níveis de apreciação distintos:

- *Avaliação primária*: a fase em que o indivíduo faz um julgamento inicial sobre se um stressor é potencialmente gerador de danos ou perdas. Caso isso não aconteça, o estímulo não se inclui na categoria de stressor e a resposta de stress não chega a surgir. Consoante a avaliação que a pessoa faz de dada situação, assim ela terá emoções específicas, sem que representem necessariamente stress.
- *Avaliação secundária*: avaliação individual de perda ou dano potencial, em função da análise dos recursos disponíveis para lidar com o stressor. Caso o indivíduo entenda que tem na sua posse os recursos indispensáveis para responder à situação, assim será minimizada a resposta de stress. Se a percepção for no sentido de um défice de recursos, a resposta de stress será exacerbada.
- *Avaliação terciária* - resultante da obtenção de informações adicionais, que conduzam a nova análise dos dados, podendo resultar na diminuição ou no aumento do stress.

O *coping* consiste em «*esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para responder a exigências externas e/ou internas que são apreciadas enquanto sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa*» (Lazarus & Folkman, 1984:141). Este processo não é automático, requerendo esforço pessoal para gerir a situação, sem que isso implique controlo ou perícia. A *saúde* e a *energia* eram para Lazarus um recurso importante de *coping*, tal como as *crenças positivas* e as *capacidades para resolver problemas*. As *capacidades sociais* e o *suporte social* (sentimento de ser aceite e admirado pelos outros) também são recursos de *coping* válidos, a que se somam os *recursos materiais*.

Lazarus viria a acrescentar ao modelo a componente emocional. A *teoria cognitivo-motivacional-relacional da emoção* é uma extensão do princípio da mediação

cognitiva da teoria psicológica do stress (Lazarus, 1993:10). Nesta abordagem é possível identificar nove emoções negativas (raiva, medo, ansiedade, culpa, vergonha, tristeza, inveja, ciúme, repulsa), quatro emoções positivas (felicidade, orgulho, alívio, amor) e duas com valência mista (esperança, gratidão). Partindo destes pressupostos, o autor referiu a existência de dois *estilos* de *coping*:

- *coping centrado na resolução de problemas* - tentativas para mudar o contexto pessoal subjacente às emoções negativas;
- *coping centrado nas emoções* - tentativas para mudar o que é esperado ou como é apreciado (p. 16).

### 2.3. Abordagem Bioquímica do Stress

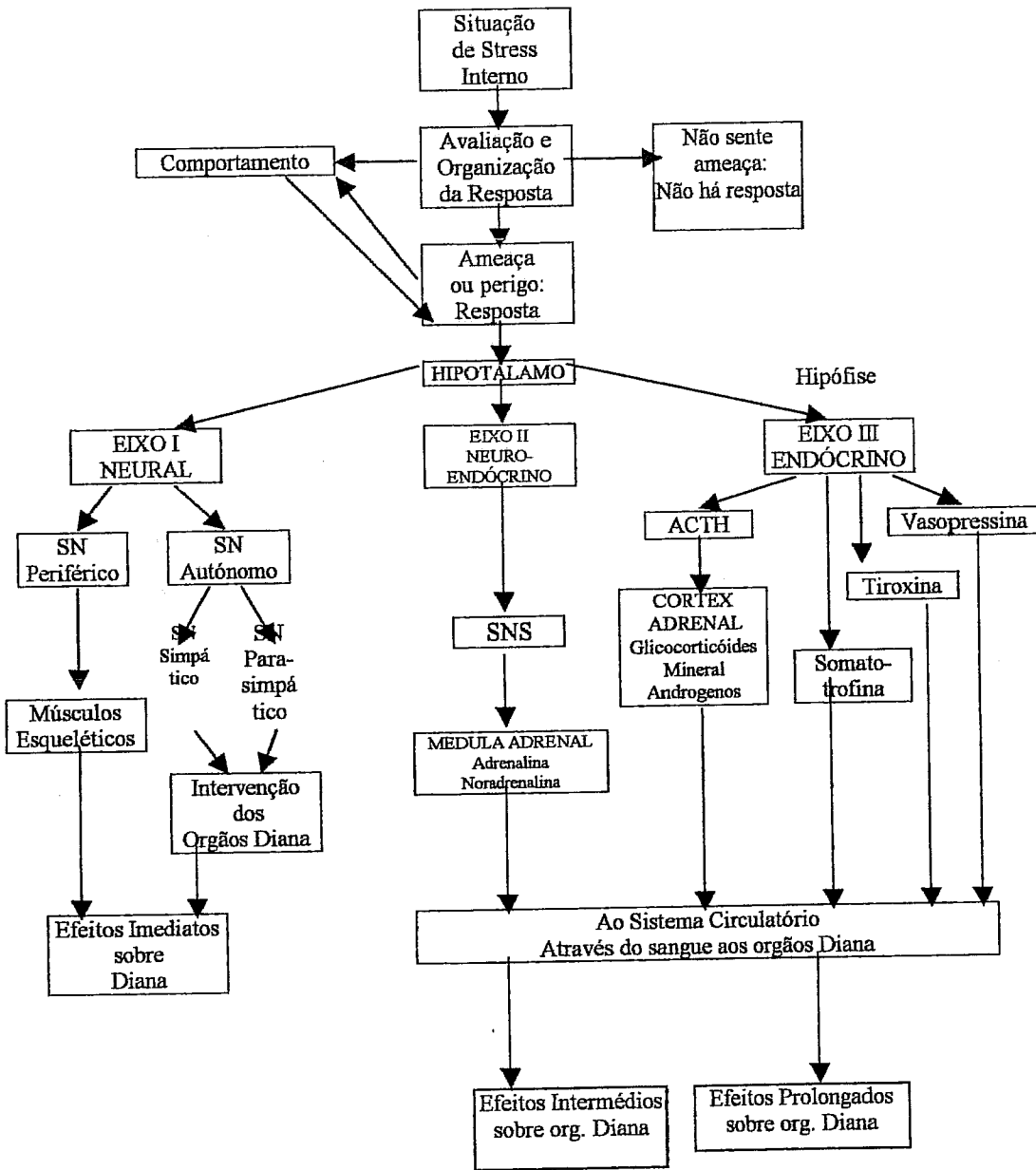
Os avanços da investigação sobre resposta ao stress, na área da fisiologia, partiram dos estudos de Selye, mas com novos pressupostos: a activação fisiológica nem sempre é genérica e indiferenciada, tendo a ver com as situações e com o modo como a pessoa as percebe e processa. A resposta de stress processa-se, geralmente, a três níveis, ou *eixos* (Labrador, 1992): o primeiro eixo permite responder imediatamente ao stressor, o segundo é activado no espaço de 20 a 30 minutos, e o terceiro - que leva mais tempo a actuar - é onde se produzem efeitos mais prolongados no tempo (Parker, 1995)<sup>16</sup>, e os que são mais difíceis de reverter (Fig. 2).

### 2.4. O Stress Ocupacional

No célebre livro de Voltaire, intitulado *Cândido*, refere-se que *o trabalho afasta três grandes males: o tédio, o vício, e a necessidade*. O trabalho sempre serviu uma função social. No entanto, a revolução industrial trouxe consigo - além de muitos benefícios que a revolução tecnológica e a era digital continuaram - múltiplos reveses. Acidentes de trabalho, doenças profissionais, substituição do factor humano pela máquina (e mais tarde pela alta tecnologia), são apenas alguns exemplos de problemas emergentes, agravados pela rápida desactualização das competências e a crescente competitividade do mercado aberto.

A procura crescente de inovação e rapidez tende a transformar o *setting* laboral num espaço onde existem inúmeras fontes de stress (*stressores*), e onde a resposta de stress pode ocorrer.

Figura 2 - Os três eixos de activação da resposta de stress



Fonte: F. Labrador. *Stress:93*. Temas da Actualidade, 1992

O stress no trabalho foi definido como a *interacção das condições de trabalho com características do trabalhador, de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas* (Ross e Altmaier, 1994).

Num dossier recente sobre o tema, publicado pelo semanário *Le Nouvel Observateur*, em Janeiro de 2001, apresentavam-se dados considerados preocupantes, obtidos a

<sup>16</sup> Este mecanismo é o que está presente no Síndrome Geral de Adaptação, proposto por Selye.

partir de uma sondagem realizada em França para a Manpower: perto de três quartos de assalariados, o equivalente a 72%, afirmavam ressentir-se do stress no seu posto de trabalho, e um em cada dez afirmou ter tido um ou mais problemas de saúde relacionados com isso. No Reino Unido, Três em cada dez sentiam-se afectados por “exigências de produtividade”. Um mal-estar traduzido em depressões e na quebra na iniciativa, e cujos custos, de acordo com o Bureau International du Travail (BIT), equivalem a 3% do PIB, na União Europeia. Estes dados constituíram um forte motivo para a Confederação Geral de Quadros (CGC), em França, que fez uma campanha apelando para que o stress no trabalho fosse considerado uma doença profissional, à semelhança do que acontece na Suécia (De Linares, 2001:12).

No mesmo artigo, relatavam-se experiências de profissionais de psicologia e de medicina do trabalho, que atingiram situações de desgaste, por trabalharem num contexto empresarial onde se vivia diariamente a *Taylorização e desqualificação dos actos profissionais*: em vez de avarias nos equipamentos, assistia-se, nas empresas, a “avarias” do factor humano.

Os stressores ocupacionais são factores que, no ambiente de trabalho, aumentam a probabilidade de reacções de stress (Kompier & Levi, 1993). A Fundação Europeia para o Aperfeiçoamento das Condições de Vida e de Trabalho, no texto de base à Conferência *Stress no Trabalho - Um convite à acção*, considera que *o stress no trabalho pode ser desencadeado por situações demasiado exigentes em termos quantitativos (muito trabalho para fazer) e reduzidas exigências em termos qualitativos (trabalho demasiado simples e não estimulante), combinadas com uma latitude de decisão baixa (possibilidades para decidir o que deve ser feito, e como), e baixo apoio social por parte dos colegas de trabalho* (Kompier & Levi, 1993). Assim estariam reunidas as condições para risco aumentado de doença física ou mental, com sofrimento, absentismo, quebra na produtividade, com consequências para empregados e empregadores.

#### **2.4.1. Trabalho por Turnos**

O trabalho por turnos, indispensável ao funcionamento de certas empresas, pode ter implicações na vida dos trabalhadores envolvidos. Uma delas consiste nas perturbações dos *ritmos circadianos* (fases do sono, temperatura corporal, função gastrointestinal, etc), com eventuais consequências no estado de saúde do indivíduo,

em virtude das clivagens entre o horário de trabalho e o seu *relógio interno*, tal como sugeriram os trabalhos de Holt (1982). Este investigador constatou as alterações dos ritmos pessoais e da vida social se reflectiam em alterações comportamentais, como má disposição, sono de fraca qualidade e queixas digestivas. Estariam assim criadas as condições para a manifestação de disfunções ao nível sociofamiliar e para o desencadear da patologia social.

Numa investigação realizada numa amostra de mulheres agentes de tráfego e operadoras de estação/bilheteiras do Metropolitano de Lisboa, que trabalhavam por turnos fixos ou rotativos, verificou-se existir uma relação entre o stress profissional e a vida familiar, nas mulheres mais jovens, pela conciliação entre o seu horário de trabalho e o tempo dedicado a actividades extra-profissionais, que incluíam os papéis de cônjuge e mãe (Santos, 1998: 310).

Conclusões similares foram obtidas por Estry-Behar (1990), que estudaram trabalhadores nocturnos em 39 hospitais de Paris: perante as mesmas condições de trabalho, homens e mulheres apresentavam situações significativamente distintas, revelando as mulheres sintomas como irritabilidade e fadiga numa proporção de dois para um. Tal ocorrência foi explicada em função do tempo que as mulheres dedicavam às responsabilidades familiares, especialmente com a educação dos filhos: as trabalhadoras a tempo inteiro apresentavam uma sobrecarga horária proporcional ao número de filhos em casa, que atingia mais de 90 horas semanais, enquanto que essa carga horária não ultrapassava as 74 horas semanais para os homens nas mesmas circunstâncias.

Silvério e Silva (1997) constataram que num trabalhador nocturno existia maior prevalência e incidência de perturbações de humor, por comparação com os trabalhadores diurnos, apresentando também maiores índices de absentismo, de acidentes de trabalho, e de problemas cardiovasculares gastrointestinais.

As diferenças individuais parecem desempenhar um papel importante na capacidade de adaptação ao trabalho por turnos (com ou sem regime de rotatividade): as pessoas que se adaptam facilmente a este tipo de funcionamento laboral parecem ser psicológica e constitucionalmente diferentes das que tentam fazê-lo mas que abandonam o posto em virtude dos danos causados ao nível de saúde e bem-estar (Frese e Okonek, 1984).

### 2.4.2. Modelo dos Stressores Ocupacionais

Partindo da observação de casos concretos, Rosch (1984) inventariou uma lista de pressões laborais que podem conduzir à falência no desempenho:

- Tempo insuficiente para completar tarefas;
- Indefinição do conteúdo da tarefa/função;
- Ausência de reconhecimento/recompensa pelo desempenho;
- Incapacidade ou falta de oportunidade para efectuar protestos/reclamações;
- Excesso de responsabilidade para uma autoridade reduzida e baixa capacidade de decisão;
- Falta de cooperação de colegas e superiores;
- Falta de controlo sobre o produto final;
- Exposição a discriminação com base no sexo idade, raça ou religião<sup>17</sup>;
- Más condições de trabalho (fumo, sobrepovoamento, ruído, poluição ou agentes tóxicos);
- Impossibilidade para fazer uso das capacidades e talentos pessoais;
- Insegurança (ex: possibilidade de a empresa vir a ser alvo de um *takeover* ou de um processo de fusão).

Em face destas condições, são esperadas reacções como a ansiedade, depressão, desconforto, apatia e alienação, e desencadear comportamentos agressivos ou mesmo anti-sociais. Estas descobertas sugerem que o stress se relaciona, em boa parte, com as situações de trabalho (excluem-se neste caso os acontecimentos de vida).

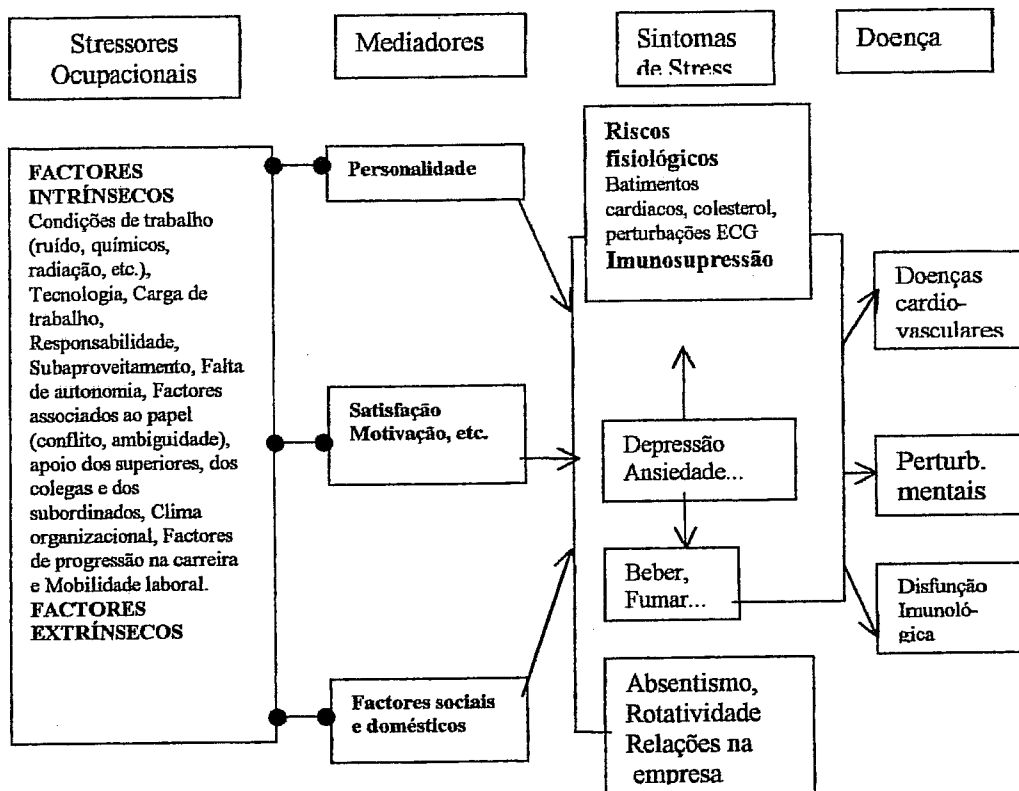
O autor apresentou um modelo de stressores simples (Fig. 3), em que é esquematizado o papel dos factores ocupacionais nos resultados de saúde, nomeadamente, o aparecimento de doenças manifestadas nos planos físico e psicológico. Este modelo

---

<sup>17</sup> Num levantamento efectuado em 1992 a mais de mil funcionários de seguradoras norte-americanas do sector privado verificou-se que a variável sexo era responsável pelas diferenças nos resultados de stress laboral no posto de trabalho (North-western National Life Insurance, 1992). Entre as razões apontadas pelos investigadores para este resultado contavam-se o facto de as mulheres serem pagas de forma inferior aos homens, mesmo quando tinham mais qualificações que eles. Por outro lado, a ausência de políticas empresariais que tivessem em conta os factores familiares (filhos, horários das creches e escolas, assistência à família, etc.). Constatou-se ainda que as mulheres que viviam sozinhas com os filhos eram o grupo de maior risco: 50% delas, comparadas com 31% de mulheres casadas com crianças, apresentavam sintomas de *burnout*. Este termo foi proposto por Ganster e Schaubroeck (1991), como representando a resposta afectiva crónica a um grau de exigência extremo do ambiente de trabalho, especialmente pressões e conflitos a partir do contacto directo e de ajuda com outras pessoas. Essa resposta denotava exaustão emocional, despersonalização dos outros e sentimentos de fraco rendimento no trabalho.

foi construído a partir de várias conceptualizações similares (e.g. Cooper, 1986; French et. al., 1982).

Figura 3 - Modelo dos Stressores Ocupacionais



#### 2.4.2. Modelo das Condições de Stress no Trabalho

Sutherland e Cooper (1990) desenvolveram uma abordagem das condições indutoras de stress laboral, que foram adaptadas pelo psiquiatra Vaz Serra (1999), tomando como centro o Indivíduo:

- *Indivíduo* - envolve aspectos da personalidade, valores, padrões de comportamento e e outras dimensões psicológicas.
- *Características do trabalho* - envolve aspectos como a sobrecarga quantitativa e/ou qualitativa do trabalho, bem como o grau de responsabilidades exigidas, que podem afectar negativamente a saúde (ex: aumento do consumo de substâncias, baixa na auto-estima, aumento de risco de doenças cardiovasculares), conforme haviam sugerido os estudos de Kals (1978).



- *Papel da organização* - a ambiguidade de papel, assente na indefinição da tarefa ou em factores de ordem externa a ela (ex: mudanças na empresa, novos superiores, etc), pode constituir um factor de stress. Os conflitos de papel também podem gerar tensão, façam sentir-se ao nível da *pessoa, entre o empregador e o cliente*, ou no *plano intra-pessoal* (ex: pedido impossível de realizar em dadas condições).
- *Carreira profissional* - a insegurança relativa ao vínculo laboral ou à evolução profissional actuam como fontes de stress, bem como as mudanças de profissão e/ou categoria, a política de recursos humanos e as reestruturações empresariais.
- *Clima organizacional* - todos os factores que, na empresa, possam funcionar como constrangimentos à liberdade dos indivíduos, bem como à sua autonomia e identidade, podem funcionar como indutores de stress. Factores como o a falta de participação no processo de tomada de decisão, a impossibilidade de compatibilizar a esfera familiar e social com a laboral, o factor idade, os avanços tecnológicos e a distribuição do trabalho constituem pressões para o indivíduo.
- *Relações interpessoais* - a motivação para o trabalho e o grau de satisfação na empresa podem ser afectadas pela qualidade da comunicação entre colegas de trabalho (Sauter et al., 1990); os atritos com colegas e superiores podem contribuir para aumentar o risco de aparecimento de problemas cardíacos (Vaz Serra, 1999: 496).
- *Relações da empresa com o exterior* - é o caso do desemprego, que pode contribuir para aumentar os factores de risco biológico do indivíduo, bem como da taxa de mortalidade (Kasl, Rodriguez e Lasch, 1998, citado por Vaz Serra)<sup>18</sup>.

#### 2.4.2. Modelo das Pressões Laborais

Robert Karasek (1979) desenvolveu um modelo de gestão de stress com base nas pressões laborais (Fig. 4). Este modelo sugere que as pressões psicológicas e a insatisfação no trabalho derivam da interacção entre duas variáveis: as exigências laborais e a capacidade de decisão no desempenho de funções.

<sup>18</sup> Melo, Gomes e Cruz (1997), num estudo realizado com profissionais de saúde e do ensino, concluíram que as principais fontes de pressão sentidas pelos participantes na experiência se relacionavam directamente com o clima e a estrutura organizacional, com a carreira e a realização profissional. Estas pressões relacionavam-se ainda com o papel da chefia, as relações interpessoais e as características intrínsecas ao próprio trabalho. Os resultados deste estudo corroboram o modelo proposto por Cooper e Sutherland (1990).

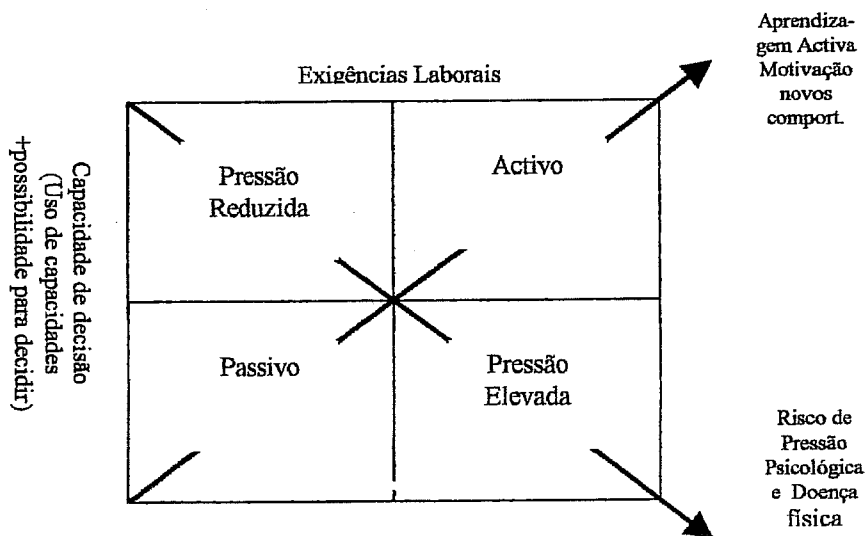
Karasek recorreu aos resultados de duas sondagens nacionais levadas a cabo na Suécia e nos Estados Unidos<sup>19</sup> para testar o modelo, que não mede os estados internos dos sujeitos, mas as fontes que a eles conduzem (Karasek, 1991:337). Trata-se de uma abordagem bidimensional, que considera duas variáveis independentes:

- Exigências funcionais (*job demands*)
- Capacidade de decisão (*decision latitude*)

Em função do tipo de correlação entre estas variáveis, podem definir-se quatro perfis funcionais, a partir da pressão laboral (*job strain*) resultante:

- Trabalho *passivo* - resultante de reduzidas exigências funcionais e baixa capacidade de decisão;
- Trabalho *activo* - resultante de elevadas exigências funcionais e elevada capacidade de decisão;
- Trabalho de *pressão reduzida* - resultante de poucas exigências funcionais e uma elevada capacidade de decisão/controlo;
- Trabalho de *pressão elevada* - resultante de elevadas exigências funcionais e uma reduzida capacidade de decisão.

Figura 4 - MODELO DAS PRESSÕES LABORAIS



Fonte: Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Baker, D.

Job Strain and Cardiovascular Disease. Annual Review of Public Health:15:381-411, 1994.

<sup>19</sup> The Swedish Survey, Johansson, 1971 e U.S. Survey, The University of Michigan Quality of Employment Survey, 1972, respectivamente, citados por Robert Karasek.

No caso do trabalho *passivo*, o modelo postula a indução do declínio de actividade e a diminuição da capacidade de resolver problemas. Nos dois últimos casos, pressupõe-se que a pressão laboral não permite passar à acção de forma eficaz (pressão não resolvida). As pressões laborais foram associadas ao consumo de medicamentos (Karasek, 1979).

Entre 1981 e 1995, foram publicados 44 estudos, a maioria dos quais apresentou uma relação significativa entre stress no trabalho e doenças cardiovasculares; metade destes estudos foram baseados em populações, o que permitiu a generalização dos resultados.

Outra investigação sugeriu que 6% dos homens que trabalham lidavam com o stress ocupacional tomando medicamentos, 15% fumavam mais e 6% comiam mais que o habitual (no sexo feminino estes valores eram de 15%, 9% e 17%, respectivamente), sendo que 9% dos homens empregados e 7% das mulheres na mesma situação lidavam com tensão emocional negativa sentida no dia anterior bebendo mais álcool do que lhes era habitual (Warr & Payne, 1982).

Dos mais de 40 estudos que abordaram a ligação entre o stress laboral e a hipertensão e doença coronária apresentaram resultados significativos (Schnall, Landsbergis, Baker, 1994).

Os autores do modelo estimaram que mais de 23% das doenças coronárias poderiam ser potencialmente prevenidas se a "pressão laboral" (*job strain*) nos postos de trabalho fosse reduzida (Karasek & Theorell, 1990:167).

No contexto empresarial, este modelo sugere que as organizações podem ter melhores resultados se efectuarem mudanças nos procedimentos de trabalho (*job design*) que permitam aumentar a capacidade de decisão a um número crescente de trabalhadores; deste modo, seria possível contar com menos problemas de insatisfação no trabalho, sem alterar as exigências funcionais, ou seja, sem sacrificar a produtividade<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> As implicações deste modelo põem em causa os princípios defendidos pelo Taylorismo, corrente em voga no início do século XX, e bem retratada no filme "Tempos Modernos", nas cenas protagonizadas por Charlie Chaplin. Frederic Taylor, o ideólogo deste modelo, defendia que os trabalhadores deveriam ter uma margem de decisão reduzida, em nome das vantagens económicas. Porém, de acordo com o modelo de Karasek, a eliminação de "esforços e decisões dispensáveis" imposta aos trabalhadores, traria provavelmente um aumento de sobrecarga laboral e conseqüente pressão psicológica, com efeitos nefastos no plano da produtividade.

Contudo, investigações recentes apontaram para a necessidade de expandir o conceito de *job strain*, a fim de incluir outros stressores como a responsabilidade por pessoas, o conflito de papéis, a ambiguidade de papéis e a ameaça de violência ou dano (Landsbergis et al., 1993).<sup>21</sup>

Contudo, a operacionalização da interacção entre as exigências funcionais e a capacidade de decisão tem sido alvo de alguma controvérsia entre os investigadores.

Das centenas de investigações realizadas até ao ano de 95 (Quadro 1), usando o JCQ, 94 delas relacionaram os resultados obtidos com o instrumento em diversos problemas de saúde.

**Quadro 1 - Problemas de Saúde estudados com o JCQ**

Categoria de Pesquisa (VD)	Nº de estudos
Comportamento	29
Doenças coronárias	22
Avaliação Psicológica	20
D. músculo-esqueléticas	17
Distúrbios Psicológicos	17
Acidentes no trabalho	6
Desempenho/produktividade	3
Sistema respiratório	2
Complicações reprodutivas	2
Sistema imunitário	2
Tecnologias/Computador	1
Outros	7
Total	128

Fonte: Karasek (1995). *Job Stress Network*

No entanto, os autores sugerem que a aplicação do instrumento a contextos laborais com especificidades a nível situacional permita desenvolver, por parte de novos

<sup>21</sup> Destaque para os estudos recentes na área do *Mobbing*, iniciados pelo psicossociólogo alemão Heinz Leymann, na década de 90, sobre a coacção psicológica no trabalho, um fenómeno que se repete no tempo, durando seis meses ou mais, e podendo conduzir a reacções físicas e biológicas de stress, e até ao suicídio. Os mecanismos de coacção psicológica no local de trabalho assumiram tal importância para investigadores e decisores, que constam das estatísticas europeias sobre as condições de trabalho, com 9% das respostas, o que equivale a 12 milhões de europeus na fase activa das suas vidas. No endereço electrónico dedicado a este tema (*Mobbing Encyclopaedia*), refere-se que uma em cada quatro pessoas que entram para o mercado de trabalho está sujeita a ser alvo de violência psicológica no trabalho, que é fruto da globalização da economia, e da desregulamentação do trabalho (Araújo e Soares, 2000: 64-69).

utilizadores, escalas suplementares - sob o "guarda-chuva" do *Job Content Questionnaire* - passíveis de ser correlacionadas com as escalas estandardizadas (Ver Método).

#### 2.4.2.1. Stress no Jornalismo

Na imprensa escrita, é uso e costume que a partir de uns vinte anos de profissão um jornalista protagonize dois divórcios, três úlceras e quatro pensões de família, pelo menos. Também é costumeiro que fume desalmadamente (Expresso, nº 1399, Vidas, p. 3).

O "vício da adrenalina" é uma expressão frequentemente empregue pelos jornalistas, como forma de justificar a sua motivação para exercer a profissão. O conceito de stress surge associado à margem de risco que a função envolve, e é considerado ingrediente indispensável à profissão. A ilustrar isso mesmo, Emídio Rangel, director da SIC, desabafava, no Verão de 97, ao jornalista do EXPRESSO:

Nos primeiros anos de vida da SIC passava aqui quase 14 horas por dia nos sete dias da semana, 14 horas no mínimo. Foi assim durante mais de dois anos. Fui parar ao hospital à conta da acumulação de «stress». Felizmente não me causou nenhum dano, nem no coração nem nada, mas a verdade é que aconteceu (EXPRESSO/Revista, p. 33).

A "imunidade contra o stress" é outra expressão corrente no seio da classe, sendo mais ou menos consensual que uma das características de qualquer candidato à função é ser capaz de lidar com factores tão diversos como a imprevisibilidade (associada à actualidade), o cumprimento de *dead-lines* (prazos-limite para o fecho das publicações ou horários de jornais e programas), e a prontidão de resposta face às solicitações impostas pelo contexto.

Em entrevista à VISÃO<sup>22</sup>, o jornalista e apresentador televisivo José Rodrigues dos Santos explicou como descobriu o antídoto contra o stress, quando estagiava na BBC, e tinha que enviar, com regularidade, serviços para a RTP, tendo de enfrentar longas filas de trânsito, na cidade de Londres:

Decidi encostar-me no banco e relaxar. Até hoje. Aí sim, compreendi realmente que não valia a pena entrar em stress, enervar-me. Entendi que quando a falha depende de nós, devemos preocupar-nos; agora, ficar duas ou três horas preso no trânsito sem nada podermos fazer... (VISÃO, 1999:113).

Uma sondagem divulgada em 1995 pela Associated Press Managing Editors Association (APME) e que avaliou os níveis de stress de 578 jornalistas com funções de edição, questionando-os ainda sobre a forma como afectava o seu estado de saúde, permitiu concluir que:

- 47% da amostra achava a sua função altamente stressante, e 3 em cada dez atribuía o stress às exigências do posto de trabalho (sobrecarga e resposta aos superiores);
- 4 em cada dez editores teve um problema de saúde relacionado com o stress laboral e um em cada 5 viu por isso afectado o trabalho e a vida pessoal.
- Um em cada 5 sofria de hipertensão arterial, e 6 em cada dez sentiram-se zangados ou irritáveis e 4 em cada dez sentiram-se tristes, deprimidos ou ansiosos, ao longo do último ano, em grande parte devido a pressões laborais (recursos limitados e limitações orçamentais que põem em risco a qualidade do trabalho e a ética; sobrecarga de tarefas e decorrente do esforço de adaptação a novas tecnologias que vão sendo introduzidas).

As crescentes expectativas de produtividade associadas à racionalização dos recursos, uma tendência visível nos Estados Unidos, acabam por conduzir, neste e noutras profissões, à *doença da pressa*, já que a irritabilidade e a raiva apontados pelos inquiridos constituem elementos do comportamento de tipo A, tão familiar aos jornalistas (Sparagon, 1995: 1). Este retrato dos jornalistas, feito na sequência dos resultados da sondagem, terá paralelo na realidade portuguesa?

A média de vida dos jornalistas portugueses situa-se nos 66 anos de idade (inferior à média da população em geral). De acordo com o levantamento feito dos óbitos por idades pela Caixa de Previdência e Abono de Família dos Jornalistas ao longo dos últimos 20 anos, 45% ocorreram antes da idade da reforma. E apesar de não existirem registos discriminados nas Estatísticas de Saúde sobre o motivo das Baixas por Doença, estas foram extensíveis a 19% do universo dos jornalistas com carteira

---

<sup>22</sup> Edição nº 319.

profissional durante o ano de 96, sendo que 43% dos casos de doença se registaram entre os 25 e os 34 anos (no conjunto, representam 30% do total de ausências ao trabalho no mesmo ano).

Mas se as exigências inerentes à função constituem um entre diversos factores de stress, a percepção do mesmo pode estar ligada a características pessoais, a perfis psicofisiológicos e sociais mais vulneráveis:

A fragilidade é literalmente uma incapacidade de torcer sem quebrar. As pessoas frágeis tendem a reagir excessivamente aos problemas, ficam mais facilmente irritáveis e até hipersensíveis (Argyris, citado em Costain, 1997:11).

As informações recolhidas junto da Casa da Imprensa - os serviços médico-sociais dos jornalistas - permitem apenas hipotetizar a exposição a factores de stress, a partir de indicadores não quantificados apresentados nas consultas de clínica geral. As queixas mais frequentes, segundo a Direcção Clínica, consistem em:

a) Distúrbios Comportamentais

- falta de repouso;
- diminuição da rentabilidade no trabalho;
- incapacidade de produzir;
- insónia
- irritabilidade e cansaço
- indisponibilidade para a família e vida pessoal.

b) Distúrbios Somáticos

- sintomas gastrointestinais;
- sintomas do tracto respiratório;
- sintomas cardiovasculares.

Das razões mais apontadas para estes sintomas, ainda segundo informações cedidas pela Casa da Imprensa, conta-se o desgaste provocado pela falta de gozo de férias, associada, na maioria dos casos, à acumulação de funções em vários locais de trabalho (existem casos de três e quatro empregos acumulados, muitos a título precário, e que se traduzem no não gozo de férias, que chega a atingir dois a três anos, às vezes quatro).

A pressão sentida no local de trabalho e as alterações funcionais foram referidos como desencadeantes de boa parte dos distúrbios acima identificados. De acordo com a

Direcção da Caixa de Previdência e Abono de Família dos Jornalistas, é frequente o abuso de substâncias (álcool, tabaco, calmantes) na classe.

## 2.2. Variáveis Mediadoras do Stress

Porque é que certas pessoas ficam doentes, ou negativamente afectadas por uma situação geradora de tensão, e outras se mantêm saudáveis, quando expostas a uma situação idêntica? O que leva a que certas pessoas, independentemente da sua condição socioeconómica, sexo ou idade, façam uma avaliação favorável - ou não ameaçadora - de situações potencialmente stressantes?

As investigações efectuadas nesta área sugerem a existência de alguns factores de natureza psicossocial que são determinantes para atenuar ou agudizar eventuais efeitos do stress: sentido de controlo pessoal, sentido interno de coerência, padrões de comportamento e suporte social.

### 2. 2.1. Suporte Social

Contar com a família e com os amigos, bem como com outras pessoas que consideramos significativas ou importantes nas nossas vidas, parece ter um *efeito amortecedor (buffering effect)* no impacto produzido por eventos negativos, chegando ao ponto de eliminá-los, ou atenuando a experiência negativa de stress.

Berkman e Syme (1979) demonstraram que o isolamento social (ou a falta de laços sociais significativos como o casamento ou relacionamentos com amigos e parentes) estava associado ao aumento do stress e a taxas de mortalidade mais elevadas.

As pessoas com maior suporte social parecem ter um maior sentido de pertença e de auto-estima que as que estão munidas de menos suporte social. De um modo geral, o suporte social previne o stress psicológico associado a experiências difíceis, como uma crise financeira (Sarason & Sarason, 1985).

O apoio social recebido em situações stressantes - emocional, assistencial, informativo ou comunitário - parece estar ligado a factores de natureza pessoal (capacidade de pedir ajuda, sociabilidade), a factores ligados às fontes (disponibilidade, falta de recursos próprios ou exteriores) e à estrutura da rede social do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).



Alguns estudos sugerem que este estilo de conduta (pressa, impaciência, agressividade) pode ter consequências danosas, aumentando a probabilidade de acidentes (Suls & Sanders, 1988), e de desenvolvimento de doenças coronárias<sup>25</sup>, devido a uma elevada reactividade aos acontecimentos (Wright, 1988). Além disso, podem vir a desenvolver mais comportamentos de risco para a saúde face às que não são tão reactivas, como abusar do tabaco e do álcool, agravando a probabilidade do aparecimento de doenças coronárias (Carmargo, Thorensen, & Wood, Vranizan, 1986).

A exaustão física é também frequente neste tipo de pessoas, que tendem a ignorar ou a subestimar sinais de fadiga, indo para além dos limites do seu organismo, até ficarem efectivamente doentes (Carver, Diamond, & Humpries, 1985). Isto parece verificar-se com maior incidência quando o factor hostilidade/agressividade é mais pronunciado em situações avaliadas como stressantes (Smith, 1992), já que a procura de ajuda/suporte social é uma opção pouco provável, devido às crenças que se tem face a terceiros, geralmente negativa (ex: «os outros são menos capazes que eu», «não se pode confiar em ninguém», etc.).

A personalidade Tipo A contribui assim para alterar o impacte do stress, aumentando-o e conduzindo mais facilmente ao surgimento da doença. Esta conclusão vai ao encontro do antigo provérbio chinês *Devagar que tenho pressa*: um conselho aparentemente paradoxal, mas cujo não cumprimento se traduz, na versão popular lusitana, pela expressão *pressas que dão em vagares*. Por outro lado, agir *com as emoções à flor da pele* pode ter vantagens num primeiro momento, mas o preço a pagar pode ser maior que o esperado à partida, porque as emoções também podem, não apenas moer, como também podem matar<sup>26</sup>.

### 2.2.3. Sentido de controlo pessoal

A percepção de que se exerce algum tipo de controlo sobre a sua própria vida, através da capacidade de decidir o que fazer para ter bons resultados e evitar os desfavoráveis,

---

stressores nas suas condutas manifestas e na sua reactividade fisiológica, sendo por isso menos afectadas ao nível da saúde em face de situações avaliadas como stressantes.

<sup>25</sup> Incluem-se neste grupo as doenças resultantes do bloqueamento das artérias coronárias, como a angina de peito, a arteriosclerose e o enfarte do miocárdio (ataque cardíaco).

<sup>26</sup> Por analogia à expressão popular "não matam mas móiem", aplicável a situações que, não constituindo motivo para desespero, podem contudo causar incómodos ou danos a quem nelas está envolvido.

pode contribuir certamente para influenciar acontecimentos e para vivenciar o stress de forma atenuada. Trata-se de um mecanismo de atribuição causal, que havia sido proposto nos anos sessenta por Rotter, o *locus of control*. Assim, por exemplo, num caso de exame fracassado, pensar que o chumbo se deveu a puro azar seria típico de uma pessoa com *locus of control* externo, ao passo que a atribuição do falhanço à ausência de estudo ou má preparação seria de esperar de alguém com um *locus of control* interno. Afinal, é o próprio sistema de crenças que está em jogo, e que, em última instância, condiciona a forma de lidar com o que nos acontece, em função da atribuição que fazemos disso.

As teorias da aprendizagem social defendem que o sentido de controlo pessoal começa na infância, através da imitação de modelos, e posteriormente, por via da comparação social. Essa aprendizagem viabiliza o desenvolvimento daquilo que é o sentido de auto-eficácia (Bandura, 1982), a crença de que ser capaz de alcançar o que se deseja.

À luz destes pressupostos, os sentimentos de impotência seriam igualmente aprendidos (*learned helplessness*), com base em experiências de fracasso que levam a pessoa a convencer-se de que, por não ter sucesso no controlo de dada situação, não o terá noutras (Seligman, 1975). Esta característica constitui um indicador de depressão, que está associada a baixa auto-estima. Na mesma linha de estudos, Seligman chegou à conclusão de que as pessoas pessimistas tinham um pensamento depressivo e atribuíam a si o que lhes acontecia de negativo, ao passo que as coisas favoráveis eram percebidas enquanto fora do seu controlo (Kamen & Seligman, 1989). Os mesmos estudos revelaram que estas pessoas desenvolviam maior propensão para doenças, e a fazer pouco ou nada para alterar a situação.

#### **2.2.4. Hardiness e Resiliência**

A razão porque algumas pessoas não ficavam doentes em condições stressantes foi estudada na década de 70 por Salvatore Maddi e Susanne Kobasa. Estes investigadores propuseram o termo *Robustez (hardiness)* para designar uma característica de personalidade que reunia três condições:

- *controlo* (ex: «eu influencio aquilo que me acontece»);
- *empenho/compromisso* (ex: «levo até ao fim as coisas em que me envolvo»);

- *desafio* (ex: «prefiro ganhar menos mas fazer o que gosto»). A capacidade de resistir à doença estaria ligada a este conceito, que mais tarde viria a ser retomado por outros investigadores.

Outros estudos, centrados em crianças vítimas de abuso ou que cresceram em ambientes hostis, e que apesar disso se tornaram adultos competentes e bem adaptados, conduziram à emergência de um novo conceito associado a características de personalidade: a resiliência (Garmezy, 1983, citado por Antonovsky).

O conceito de *Resiliência* surgiu no início da década de 80 para definir a capacidade de recuperar de crises e ter "força de espírito" para ultrapassar adversidades (Werner, 1989), manifestando-se por fortes sentimentos de auto-estima e controlo pessoal, associados a capacidades de relacionamento social.

Crianças resistentes teriam boas competências sociais, e a familiaridade com os seus pares, bem como com os adultos, além de partilharem fortes sentimentos de auto-estima e controlo pessoal.

Estas variáveis mediadoras do stress, associadas à personalidade, traduzem-se na capacidade de adaptação e resistência ao stress, funcionando como factores protectores da saúde.

### 2.2.5. Sentido Interno de Coerência

O psicólogo americano Aaron Antonovsky efectuou estudos com sobreviventes de campos de concentração nazis e desenvolveu um modelo salutogénico assente no «*Sentido de Coerência*» ("sense of internal coherence"/SOC; Antonovsky, 1979), tendo caracterizado o seu constructo em três dimensões (compreensibilidade, maneabilidade e significância), nestes termos:

«... é uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo com um persistente e dinâmico sentido de confiança encara os estímulos dos meios interno ou externo da existência como (1) estruturados, previsíveis e explicáveis (significância); (2) que estão ao alcance do indivíduo recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (*maneabilidade*); e que (3) essas exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e empenho do indivíduo (*compreensibilidade*)» (Antonovsky, 1987:19).

O *modelo salutogénico* de Antonovsky surgiu como alternativa ao modelo biomédico da saúde, assente no paradigma patogénico do stress (investigação dos factores que conduzem à doença). O autor defendeu um modelo orientado para a investigação dos elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com saúde, sendo a doença

integrada num *contínuo função/disfunção* ("ease/disease"); a pessoa situar-se-ia algures num ponto dessa linha, podendo sofrer desvios em ambos os sentidos (Antonovsky, 1987:2).

Assim, o autor construiu um questionário (Ver Método), tendo hierarquizado oito tipos distintos de SOC (Quadro 2), em função das variações ao nível das suas três componentes.

Quadro 2 - Os oito tipos de SOC

Tipo	Dimensão			Predição
	Compreensibilidade	Maneabilidade	Significância	
1	Alta	Alta	Alta	Estável
2	Baixa	Alta	Alta	Raro
3	Alta	Baixa	Alta	Pressão para subir
4	Baixa	Baixa	Alta	Pressão para subir
5	Alta	Alta	Baixa	Pressão para descer
6	Alta	Baixa	Baixa	Pressão para subir
7	Baixa	Alta	Baixa	Raro
8	Baixa	Baixa	Baixa	Estável

Fonte: Antonovsky (1987)

O *Questionário do Sentido de Coerência* (Antonovsky, 1987) foi usado numa série de estudos. Os resultados revelaram que o instrumento podia ser aplicado em diferentes culturas (Quadro 3).

Quadro 3 – Resultados dos Estudos que usaram o Questionário SOC

População	N	Variação	M	DP	Alfa de Cronbach
Amostra israelita	297	90 – 189	136,47	19,82	0,83
Trab. produção (N. Iorque)	111	62 – 189	133,01	26,45	0,93
Universitários americanos – I	336	63 – 176	133,13	20,09	0,88
Universit. americanos	59	—	139,71	20,86	—
Psicologia					
Universit. americanos – II	308	—	132,40	21,96	0,87
Tropas israelitas – I	117	98 – 196	158,65	17,02	0,88
Tropas israelitas – II	338	90 – 99	160,44	16,69	0,88
Tropas israelitas – III	228	109 – 203	158,99	17,19	0,89
Trabalhadores de Saúde israelitas	33	116 – 190	151,42	17,50	0,91
Trab. de Saúde de Edmonton	108	101 – 192	148,63	17,15	0,88
Trabalhadores Saúde Ocupacional nórdicos	30	95 – 187	146,10	19,90	—

Fonte: Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*, p. 80.

O modelo salutogénico integra ainda o conceito de *Recursos de Resistência Generalizada* (RRG), que o autor define como fenómenos que proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência, participação individual na comunidade e possibilidade de efectuar um balanço de acção. Estes RRG são guias orientadores do Sentido Interno de Coerência<sup>27</sup> (Antonovsky, 1996:15).

O SOC revelou-se um preditor dos resultados de saúde em diversas investigações (Quadro 4).

**Quadro 4 - Correlações do SOC com medidas-teste (validade de critério)**

Estudo/Primeiro Autor	Variável	Coefficiente de correlação
Stressores percebidos/Radmacher (1989)	Inventário Global de stressores percebidos	$r(307) = -0,67$
Saúde e bem-estar/Ryland (1990)	Bem-estar geral	$r(284) = 0,62$
Saúde e bem-estar/Dahlin (1990)	Queixas psicossomáticas (SCL-90)	$r(148) = -0,70$
Percepção de si e do contexto/Hart (1991)	Ansiedade traço	$r(59) = -0,75$
Saúde e Bem-estar/Dahlin (1990)	Qualidade de vida	$r(148) = 0,76$

$p < 0,05$  Fonte: Antonovsky (1993)

O autor teceu ainda algumas considerações sobre este constructo, na perspectiva desenvolvimentista. Na sua primeira obra, *Health, Stress and Coping*, afirmava que *é improvável que o sentido de coerência, uma vez formado e estabilizado, venha a mudar radicalmente* (p.188). No final da primeira década de vida o SOC assumiria uma dada posição no contínuum. Apesar de postular que o SOC estaria profundamente enraizado na idade adulta, Antonovsky viria, mais tarde, a admitir a existência de estados temporários, decorrentes de vivências pessoais marcantes, abrindo portas à possibilidade de modificação intencional do SOC (Antonovsky, 1987: 127). Enquanto variável independente, esta orientação disposicional teria um valor preditivo na qualidade do comportamento, embora isto fosse mais notório nas

<sup>27</sup> A inconsistência e a exclusão da participação nas tomadas de decisão são factores geradores de stress, pelo que os RRG responderiam a estes stressores, funcionando como factores de promoção (ao invés de risco) da saúde.

peessoas com SOC forte, porque mais vocacionadas para assumir uma flexibilidade de condutas, transformando o caos em ordem.

### 3. Impacto do Stress na Saúde

A resposta de stress envolve alterações corporais ao nível dos diversos sistemas (endócrino, cardiovascular, etc). Sempre que a activação fisiológica se prolonga no tempo, tornando-se crónica, o organismo ressentido-se, podendo ficar mais vulnerável, nomeadamente na resposta a infecções, abrindo caminho a doenças: as pessoas que experimentam elevados níveis de stress tendem a comportar-se de formas que aumentam as hipóteses de adoecerem ou de sofrerem lesões (Wiebe e McCallum, 1986), estando mais expostas a acidentes de viação, a acidentes domésticos e laborais, e tendem a consumir mais álcool, fumar mais ou beber mais café do que as pessoas que experimentam níveis inferiores de stress (Baer et al., 1987, citado por Sarafino). Labrador (1992) propôs uma listagem dos problemas mais frequentes resultantes da activação prolongada da resposta de stress(Quadro 5).

**Quadro 5 - Sintomas de mal-estar associados ao stress crónico**

Fisiológicos	Cognitivos	Motores
Aumento do ritmo cardíaco	Preocupações	Falar depressa
Aumento da tensão arterial	Incapacidade de tomar decisões	Tremuras
Aumento da sudação	Sensação de confusão	Gaguez
Aumento do ritmo respiratório	Incapacidade de concentração	Voz entrecortada
Aumento da tensão muscular	Dificuldade em dirigir a atenção	Imprecisão
Diminuição do fluxo sanguíneo	Sensação de falta de controlo	Precipitação
Inibição do sist. Digestivo	Redução da atenção	Explosões emocionais
Aumento do metabolismo basal	Desorientação	Predisposição para acidentes
Aumento colesterol	Esquecimentos frequentes	Consumo de drogas legais
Libertação de ácidos gordos no sangue	Bloqueios mentais	Comer demais
Aumento níveis corticóides	Hipersensibilidade à crítica	Falta de apetite
Inibição sistema imunitário	Mau humor	Condutas impulsivas
Dificuldade respiratória		Consumo de drogas ilegais
Sensação de nó na garganta		Riso nervoso
Secura na boca		Bocejos
Dilatação das pupilas		

Fonte: F. Labrador. *Stress*:116. Temas da Actualidade, 1992.

A exposição continuada a stressores pode resultar em alterações no estado de saúde e, dependendo da resposta individual (mediadores de stress), criar condições para o aparecimento da doença – ou em casos de doença pré-existente – agravá-la. Passamos a abordar algumas investigações neste campo.

### 3.1. Stress e Doença

Uma parte considerável dos transtornos associados ao stress é de natureza psicofisiológica (que antes eram designados psicossomáticos) e consiste em alterações fisiológicas - sintomas físicos ou doença - resultantes da interacção de processos psicológicos e fisiológicos. Os comportamentos desadaptados ou anormais acompanham, de um modo geral, estas alterações (ex: medos, fobias, condutas obsessivo-compulsivas, comportamentos alimentares alterados, depressão, insónia).

A primeira vez que o stress foi considerado *oficialmente* como causa determinante de transtornos psiquiátricos ocorreu em 1980, através da revisão do “Manual Estatístico Diagnóstico” das doenças mentais, a DSM-III. Na classificação multiaxial destes transtornos, passou a ser contemplada a “gravidade dos acontecimentos sociais indutores de stress” e manteve-se na revisão de 1994.

Passamos a inventariar alguns estudos que abordam a ligação entre o stress e algumas das perturbações de saúde que lhe são mais comuns, numa perspectiva biopsicossocial.

#### 3.1.1. Problemas cardiovasculares

A investigação neste domínio evidenciou relações entre stress e complicações de gravidez e de nascimento, doença crónica, tuberculose, esclerose múltipla, diabetes, morte cardíaca súbita e enfarte de miocárdio (Sarason, Levine, Sarason, 1982, citado por Ribeiro).

Os problemas cardiovasculares, primeira causa de morte no nosso país, tendem a surgir na sequência do stress. A hipertensão arterial, por exemplo, é condicionada por factores psicossociais que funcionam como factores de risco (sedentarismo, tabagismo, abuso do álcool) e entre eles o comportamento emocional.

A hostilidade crónica parece contribuir para o desenvolvimento da hipertensão (Schneiderman & Hammer, 1985, citado por Sarafino) e tende a aumentar o risco de enfarte do miocárdio e de arteriosclerose, tal como a agressão, as contrariedades, a

irritabilidade e a desconfiança (Greener, 1998). Isto acontece porque durante a reacção de stress, verifica-se um aumento dos níveis de adrenalina e de gordura na circulação sanguínea, para satisfazer a maior procura de energia por parte dos músculos; a adrenalina faz estreitar os vasos, contribuindo para a coagulação do sangue, e aumentando assim o risco de ataque cardíaco.

A libertação crónica de catecolaminas e corticosteroides por parte das supra-renais afecta o funcionamento cardiovascular: a gordura libertada no sangue durante o processo, quando não chega a ser usada, tende a acumular-se em placas nas artérias, conduzindo ao seu endurecimento, e provocando a hipertensão. Estes fenómenos são agravados depois por comportamentos de risco como os consumos de tabaco, café e álcool, como ficou demonstrado num estudo em que estes comportamentos surgiram relacionados com stressores laborais<sup>28</sup> (French et al., 1982).

Conclusões idênticas foram encontradas posteriormente, numa investigação longitudinal efectuada na Suécia por Harmsen et al. (1990), que seguiram uma amostra de dois mil homens sem antecedentes de enfarte do miocárdio, ao longo de doze anos: os sujeitos que nos cinco anos anteriores à experiência tinham relatado a vivência de stress tinham manifestaram mais probabilidades de doenças das artérias coronárias nos anos subsequentes, tendo referido também o consumo de tabaco, álcool e ausência de exercício físico. Os autores apontaram o stress intenso como preditor de risco de ataque cardíaco subsequente.

### 3.1.2. Problemas de Imunidade

O síndrome geral de adaptação proposto por Selye já pressupunha a existência de uma relação entre stress e doença, postulando o aparecimento de perturbações diversas, consoante o órgão mais implicado na resposta individual, e que funcionaria como porta de entrada para a doença. As perturbações do sistema imunitário são disso exemplo, criando terreno propício a toda uma série de outros problemas de saúde. A pediatra Barbara Howard, do Hospital John Hopkins, revelou que um quarto dos seus pacientes se dirigia à consulta devido a problemas relacionados com o stress:

---

<sup>28</sup> Os stressores laborais associados aos comportamentos referidos eram: quantidade de trabalho (reuniões, telefonemas, saídas em serviço, etc, por unidades de tempo), responsabilidade por equipamentos e pessoas, incerteza sobre o futuro, indefinição de papéis.



Queixam-se de dores abdominais, incontinência urinária, dores de cabeça... toda uma variedade de sintomas que podem ser confundidos com problemas clínicos e que muitas vezes são (EXPRESSO/Revista, 1999: 84).

Mas como é que se processa esta quebra do sistema das defesas do organismo? O sistema imunitário (SI) tem a função de defender o organismo contra agentes externos perigosos denominados antigénios (ex: bactérias, vírus), destruindo-os. O reconhecimento destes agentes leva o SI a produzir interleucina-1, uma substância que estimula os linfócitos T (T-helper), de modo a destruírem os antigénios (este tipo de linfócitos corresponde a 70% do total destas células, sendo produzido na medula óssea e transformado no timo). Além destes linfócitos existem os linfócitos B (produzidos e amadurecidos na medula óssea), que libertam anticorpos (ex: imunoglobulinas), que tornam os antigénios mais vulneráveis, e as células NK (natural killers), que dispensam a mediação de outras células defensoras para destruir diversos alvos espontaneamente.

As investigações efectuadas neste domínio apontam para a possível relação entre a diminuição da resposta imunológica e a hiperactividade do eixo endócrino.

Glaser et al. (1987) concluíram que os sintomas de doenças infecciosas resultava na limitação de actividades em sujeitos que atravessavam um período de exames, por comparação com meses anteriores. A actividade das células NK foi estudada em esposas de doentes de Alzheimer, e em mulheres separadas ou divorciadas; em qualquer dos casos, verificou-se um maior grau da resposta imunológica, confirmada nas quebras dos níveis de NK (Kiecolt-Glaser et al., 1988; 1991, citado por Sarafino), o mesmo acontecendo em casos de depressão e ansiedade crónicas (Jemmott et al., 1990, citado por Sarafino).

Ainda que o stress faça parte da vida de todos os dias, sem que necessariamente tenha efeitos negativos na saúde, verificou-se que a ausência de apoio emocional de pessoas significativas para quem experimenta situações stressantes se relaciona directamente com a actividade das células NK, traduzido num menor nível de sobrevivência das pessoas com falta de apoios sociais (Levy et al., 1990). Este estudo vem confirmar o que outros investigadores tinham concluído, com abordagens não psiconeuroimunológicas.

### 3.1.3. Ansiedade e Mal-Estar

Manifestar preocupação (apreensão expectante) acerca de acontecimentos ou actividades, como o trabalho, é sinónimo de Perturbação da Ansiedade. O estado de ansiedade generalizada, e desde que não provocada pelo consumo de substâncias, vem descrito na IV edição do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV), e surge associado a diversos sintomas: agitação, nervosismo, fadiga fácil, esquecimentos ou dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono (p. 216).

A ansiedade só se torna um problema quando tais sintomas são excessivos, quando subsistem durante longos períodos de tempo (seis meses, pelo menos, em mais de metade dos dias), quando se manifesta em situações não ameaçadoras ou quando incapacita a pessoa de levar uma vida normal.

Desde os anos 50 que os modelos de motivação postulam que o rendimento pessoal é melhor quando se atinge um nível óptimo de estimulação, que varia de caso para caso. A célebre curva em forma de “U” invertido - em que o pico de máximo rendimento correspondia ao nível óptimo de estimulação - viria a ser lembrada por outros investigadores, que, nos seus trabalhos, chegaram à mesma conclusão, como Selye e Mason.

A aceitação de patamares individuais de resposta, em função do grau de susceptibilidade ao stress, marcou o início do desenvolvimento de escalas de auto-registo, para avaliar a percepção de estados diversos, associados ao impacto negativo do stress na saúde.

À semelhança do que sucede com a avaliação da Ansiedade, as perturbações somáticas ligadas à percepção de stress também são passíveis de ser quantificadas de acordo com a avaliação subjectiva do sujeito.

As queixas psicossomáticas, que se resultam, muitas vezes, em baixo rendimento e absentismo, traduzem-se em sensações de mal-estar: a pessoa sente-se doente<sup>29</sup> e, conseqüentemente, limitada na sua capacidade de acção.

Uma vez que a ansiedade e as queixas de mal-estar correspondem a uma parte significativa dos motivos das consultas médicas, na Casa da Imprensa, e normalmente

---

<sup>29</sup> A distinção entre, “sentir-se doente” - *Illness* - e ter uma “doença” - *disease* - foi proposta por Kleinmam (1979). Segundo o autor, “sentir-se doente” correspondia ao modo como as pessoas percebem, valiam e respondem à sua doença (Ribeiro, 1998: 188).

associados à resposta de stress, optámos por considerá-los como variáveis no presente trabalho (ver Método).

### 3.2. Estado de Saúde

Com a chamada *Segunda Revolução da Saúde*, assistiu-se, nos países desenvolvidos, à emergência de uma abordagem holística da saúde e da doença, o que ocorreu, sensivelmente, a partir de 1980. A par de uma nova área de especialização nas ciências da saúde – a Psicologia da Saúde (Matarazzo, 1982) – começaram a surgir investigações cujo foco era orientado para o estudo dos comportamentos, cognições e emoções associados à saúde e à promoção da doença.

O termo anglo-saxónico *wellness* (Conrad, 1988), associado aos programas de bem-estar, em voga nos *settings* laborais norte-americanos, que visavam promover a saúde nos locais de trabalho, foi um reflexo desta mudança de paradigma.

O estado de saúde já tinha sido definido, em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como bem-estar físico, mental e social completo – e não apenas enquanto ausência de doença.

O modelo sistémico da saúde, e a aceitação da abordagem salutogénica – estudo dos factores que promovem e protegem a saúde, mais do que a focagem exclusiva nos agentes patogénicos – assumiu particular importância no quadro das investigações sobre stress. O Modelo de *Wellness* (Adams et al., 1997), com seis indicadores de bem-estar, é um exemplo desta visão multidimensional. Os autores desenvolveram um instrumento que designaram por *Perceived Wellness Survey*, e testaram-no em diversas empresas americanas, tendo garantido a sua validade e consistência.

Porém, e tendo em conta recomendações recentes da Organização Mundial de Saúde, no que respeita à avaliação da qualidade de vida – com base na aplicação de um questionário aos países membros - apenas foi considerado um item, dado como válido para o objectivo a atingir (percepção do estado de saúde de uma forma geral).

A representação subjectiva do estado de saúde, associada à percepção de mal-estar e da ansiedade, pode permitir a obtenção de dados relevantes em matéria de resultados de saúde, quando se pretende relacioná-los com outras variáveis psicológicas.

Na presente investigação, vamos considerar os resultados de saúde constantes nos pontos 3.1.3. e 3.2. como indicadores da resposta de stress.

#### 4. Objectivos da Investigação

##### Objectivo Geral

O objectivo do presente estudo consiste em analisar a relação o stress ocupacional e os resultados de saúde dos jornalistas, avaliando em que medida as estruturas internas de *coping* actuam como mediadoras do stress.

##### Objectivos Específicos

1. Relacionar as variáveis demográficas da amostra com o stress ocupacional, o sentido interno de coerência, e os resultados de saúde.
2. Analisar a influência dos factores de stress ocupacional (percepção de stress no local de trabalho) nos resultados de saúde dos jornalistas.
  - 2.1. Relacionar o stress ocupacional com o estado de saúde.
  - 2.2. Relacionar o stress ocupacional com as manifestações físicas de mal-estar e o estado de ansiedade.
3. Analisar a influência do sentido interno de coerência no stress ocupacional.
4. Analisar a influência do sentido interno de coerência nos resultados de saúde dos jornalistas.
  - 4.1. Relacionar o sentido interno de coerência com o estado de saúde.
  - 4.2. Relacionar o sentido interno de coerência com as manifestações físicas de mal-estar e o estado de ansiedade.

## MÉTODO

### 1. Participantes

Foi constituída uma amostra de conveniência com 200 jornalistas, com funções de repórter e de ambos os sexos, tendo-se definido, como critério para a idade, as faixas etárias entre os 20 anos (altura em que é previsível o início do exercício da actividade, após a faculdade e/ou tendo em conta o estágio de dois anos para obtenção de carteira profissional) e os 65 anos (idade previsível da reforma).

Do total de 200 sujeitos que participaram na experiência, apenas 128 (64%) foram considerados para a amostra do estudo (59 de imprensa; 38 de televisão; 31 de rádio), sendo os questionários dos restantes considerados não válidos (erros de preenchimento por omissões, ou por existir mais do que uma resposta por item, de forma repetida).

A maioria dos questionários foi aplicada em Lisboa, à excepção de 12 questionários que foram aplicados no Porto, sob a responsabilidade da delegação Norte do Jornal Público.

### 2. Material

Optámos por estruturar uma bateria de questionários de resposta fechada, precedidos de um espaço reservado à recolha de dados para caracterização da amostra. Este material era acompanhado de uma folha de instruções, constituindo, no seu todo, um total de 10 páginas (consultar Anexos).

#### 2.1. Questionário Stress no Local de Trabalho (JCQ)

O desenho do *Job Content Questionnaire* (JCQ) foi concebido em 1979, por Robert Karasek, e pretendia medir o conteúdo das tarefas do inquirido de uma forma ampla, a fim de poder aplicar-se a todos os postos de trabalho nos Estados Unidos.

Este instrumento foi usado para prever o stress associado ao trabalho bem como as doenças coronárias nos Estados Unidos e na Suécia. As escalas do questionário também são aplicáveis em estudos de motivação dos trabalhadores, satisfação no trabalho, absentismo e rotatividade laboral (Scnall et. al., 1994). Mais tarde, a nova versão deste instrumento centrou-se num questionário que podia ser administrado em 15 minutos, com supervisão mínima, e teria por base o Modelo das Pressões Laborais ("Job Strain Model", 1985), de Robert Karasek e colaboradores.

O instrumento, na sua forma actual, resulta da introdução de questões de três questionários de *stress*: o Questionário Holandês de Trabalho e Saúde (Smulders et al.

1992), o Questionário Holandês de Stress Organizacional (Bergers et al. 1986), e, finalmente, o NOVA-WEBA (Dhondt & Houtman, 1992).

O JCQ, na sua versão de 1995, é composto por 32 itens, distribuídos por 5 sub-escalas:

- Exigências funcionais (5 itens);
- Capacidade de decisão (8 itens);
- Definição de competências (6 itens);
- Condições de emprego (5 itens);
- Apoio de superiores e colegas (5 itens).

A cada escala correspondem vários itens, e a escolha é dicotómica (respostas "sim" e "não"). A pontuação para cada escala é obtida através da soma das pontuações ("0" ou "1", por cada item), sendo que algumas delas são invertidas. Quanto mais elevado o valor total de cada categoria, menor o risco de stress, à excepção da escala das exigências funcionais, em que existe uma relação directa entre o valor obtido e o risco de stress (Karasek, 1985).

As escalas estão estandardizadas nos Estados Unidos, permitindo aos utilizadores comparar os seus resultados com as médias nacionais das escalas, já que a maior parte das questões foram replicadas do Inquérito Americano do Departamento Nacional da Qualidade do Trabalho e do Emprego de 1969, 1972 e 1977 (administrado pela Universidade de Michigan, a partir da combinação dos três Inquéritos, numa amostra de 4 500 trabalhadores).

O JCQ pode ser usado no sistema de dados dos departamentos de recursos humanos empresariais (através da designação da função), permitindo associar as pontuações obtidas com os resultados de saúde e de produtividade em bases de dados nacionais ou empresariais já existentes (tais como o Censos Americano, por exemplo). Segundo os autores, tal procedimento assegura a validação contínua do instrumento na predição de uma vasta gama de variáveis.

As escalas apresentam uma boa consistência interna (coeficiente alfa para as "exigências funcionais" e para a "capacidade de decisão" acima de 0,70) (Karasek e Theorell, 1990)<sup>1</sup>. No presente trabalho, pretendeu-se tomar contacto com o instrumento, obtido via Internet, e com a autorização do autor. Procedeu-se à sua tradução e revisão, a partir de um pré-teste realizado a 10 jornalistas, seguido de entrevista, a fim de detectar eventuais

---

<sup>1</sup> Os dados facultados pelos autores, através da Internet, onde o JCQ se encontra disponível para aplicação, autorizada para fins académicos, não permitem aceder à análise factorial realizada na construção do instrumento.

problemas de interpretação de termos, conteúdos e forma gramatical. Efectuadas essas correcções, e comparado o instrumento original com a versão traduzida, durante a supervisão da investigação, procedeu-se à versão definitiva para a aplicação (consultar Anexos).<sup>2</sup>

Na nossa amostra, as escalas apresentaram uma boa consistência interna (Alfa de cronbach = 0,69) e os coeficientes de variação (Quadro 6) aproximam-se dos do autor. Porém, este instrumento não foi aferido nem validado para a população portuguesa, o que constitui uma limitação nesta pesquisa.

Quadro 6 - Coeficientes de Variação (JCQ)

Sub-escalas	N	Varição	M	DP
Exigências	117	0 – 5	3,38	1,20
Decisão	118	2 – 8	5,33	1,49
Competências	110	0 – 13	5,00	1,65
Emprego	121	0 – 5	2,78	1,28
Apoio	114	1 – 8	5,42	1,96

## 2.2. Questionário Sentido de Coerência (SOC)

Trata-se da tradução do *Questionário do Sentido de Coerência*<sup>3</sup> (Antonovsky, 1987), tendo ainda em conta a adaptação portuguesa feita por Geada (1992), com base numa amostra de adolescentes do ensino secundário.

A primeira versão do questionário surgiu em 1983 e foi testada numa amostra israelita, a nível nacional. Os coeficientes de variação (desvios-padrão e médias), entre 0,10 e 0,20, mostram a heterogeneidade das respostas. O instrumento foi criado a partir de uma escala de auto-registo, com 29 itens, construídos de acordo com a teoria das facetas de Guttman, e é respondido numa escala de diferencial semântico de 7 pontos. A pontuação total varia entre 19 e 203 pontos.

Destacam-se ainda as seguintes características psicométricas:

- Elevada consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,84 a 0,93) (Antonovsky, 1987:82)

<sup>3</sup> Ainda que Antonovsky faça menção a *Sense of Coherence* (SOC), as referências portuguesas referem a variável psicológica como Sentido Interno de Coerência (c.f. Geada), recorrendo mesmo à sigla SIC (c.f. Saboga Nunes). Optámos por manter a designação extensa na Introdução, embora, a nível

- Validade convergente com o Locus de Control Interno-Externo ( $r = 0,39$ ) (Antonovsky, 1987:85)
- Validade discriminativa com o Sarason Teste de Ansiedade ( $r = -0,21$ ) (Antonovsky, 1987:84)

A cada uma das dimensões do instrumento corresponde um Alto ou Baixo SOC. O autor identificou 8 tipos de SOC, cada um com uma estrutura própria (Antonovsky, 1987: 20): Pontuações mais elevadas reflectem um maior sentido de coerência e vice-versa. Os itens estão distribuídos por 3 categorias ou dimensões (as componentes do S.O.C.), a que correspondem 3 sub-escalas:

- Compreensibilidade (11 itens);
- Maneabilidade (10 item);
- Significância (8 itens).

A significância é avaliada pelos itens 4, 7, 8,11, 14, 16, 22 e 28. A maneabilidade corresponde aos itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29. A compreensibilidade corresponde aos restantes itens.

A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se pela soma das pontuações dos itens respectivos, tendo em conta que existem itens que devem ser invertidos (1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 22 e 28).

Este questionário foi aplicado em mais de 20 países na versão completa (SOC-29), e os valores de consistência interna continuaram a ser elevados (valor médio do Alfa de Cronbach = 0,85) (Antonovsky, 1993: 727).

O instrumento ainda não foi validado para Portugal, embora tenha sido feita uma proposta nesse sentido por Saboga Nunes (1997), numa investigação realizada no âmbito da saúde mental e a gestão do stress. Na nossa amostra (*Quadro 7*), o instrumento apresentou uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,89), e os coeficientes de variação (*Quadro 7*) aproximaram-se dos obtidos pelo autor.



Quadro 7 – Coeficientes de Variação e Consistência Interna (SOC)

	N	Variação	M	DP	Alfa de Cronbach
SOC	117	78 - 182	135,96	21,58	0,89
<b>Sub-escalas SOC</b>					
Compreensividade					0,74
Maneabilidade					0,76
Significância					0,81

### 2.3. Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade (SAS)

Trata-se da aferição de Vaz Serra, Ponciano e Relvas (1982), para uma amostra da população portuguesa, da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung (1979). Esta escala de auto-registo é constituída por 20 itens, e é de tipo Likert, de 4 pontos.

O preenchimento da escala é feito em termos quantitativos: o sujeito deve assinalar uma de 6 opções face a cada um dos 20 itens. Cada resposta é cotada com um valor entre 1 e 4, e os itens 5, 6, 13, 17 e 19 são cotados por ordem inversa.

Este instrumento destina-se a medir a ansiedade-estado, e baseou-se num critério clínico correspondente às manifestações e sintomas de ansiedade, identificados em Psiquiatria.

Trata-se de um registo efectuado pelo próprio sujeito, que assim expressa livremente a sua percepção pessoal de ansiedade, sem a mediação de um observador.

A escala regista quatro componentes da ansiedade, de natureza cognitiva, vegetativa, motora e do sistema nervoso central (SNC), da forma que se segue:

- ❑ Cognitiva (questões 1-5) - valor máximo: 20 pontos
- ❑ Motora (questões 6-9) - valor máximo: 16 pontos
- ❑ Vegetativa (questões 10-18) - valor máximo: 36 pontos
- ❑ S.N.C. (questões 19-20) - valor máximo: 8 pontos.

Quanto menos ansioso estiver o sujeito, menor a pontuação da escala, que oscila entre 20 e 80 pontos. O grau de ansiedade é obtido dividindo a pontuação total obtida pelo valor máximo de 80 e multiplicando por 100 (Ponciano, Vaz Serra e Relvas, 1982).

A versão americana da escala é referida como tendo boa validade e fidedignidade (Zung, 1979). De referir ainda que a escala original, aplicada a 900 estudantes universitários de Taipé, obteve um índice médio de ansiedade de 42,3%, e na aferição esse índice

correspondeu a 41% (na literatura sobre o assunto as mulheres apresentam valores mais altos de ansiedade comparativamente aos homens).

Na aferição da escala para a população portuguesa, foi constituída uma amostra de estudantes universitários do 3º e do 6º anos da Faculdade de Medicina e do 3º e 5º anos da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, dos anos lectivos de 1979/80 e 1980/81, bem como outros elementos da população em geral. Em ambos os sexos predominava o grau de instrução secundário e superior. A camada social foi tida em conta no estudo, sendo dividida em quatro graus, de acordo com a classificação de Sedas Nunes, em 1966:

- I. Grandes Industriais e profissões de elevada competência técnica;
- II. Profissões liberais de competência média;
- III. Operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e proprietários agrícolas;
- IV. Operários não especializados e trabalhadores rurais.

Do estudo de Ponciano e colaboradores resultou um índice médio de ansiedade de 41%, considerando ambos os sexos, que se assemelha ao resultado obtido por Miao, citado por Zung, com a amostra de estudantes universitários de Taipé (42,3%). Os valores mais elevados de ansiedade verificaram-se nas mulheres (índice médio de ansiedade de 44% para o sexo feminino, e de 40% para o sexo masculino) e foram também observados nos indivíduos com grau de instrução primária e secundária e no grupo IV.

Para testar a fidedignidade e validade da escala, Ponciano et al. (1982) aplicou-a a uma amostra de 1 000 sujeitos saudáveis, e outra com 100 sujeitos com doença psiquiátrica, com manifestações clínicas de ansiedade. O instrumento revelou discriminar a população normal da população doente, sendo os valores superiores a 37 equivalentes ao risco de manifestações de ansiedade-estado. Acima dos 40 pontos, pode já falar-se de manifestações seguras de ansiedade-estado.

Correlacionando os componentes de ansiedade e os seus valores globais, na amostra da população normal, os autores encontraram resultados valores positivos significativos.

Posteriormente, foi testada a consistência interna pelo método metade-metade (*split-half*) e pelo método par-ímpar, obtendo valores de correlação positivos e significativos ( $r = 0,61$ ; ( $r = 0,62$ ).

O teste-reteste (estabilidade temporal), efectuado no espaço de uma semana, a 250 indivíduos, teve idênticos resultados ( $r(250) = 0,56$ ), confirmando a fidedignidade do

instrumento. Porém, a análise da distribuição dos itens não se revelou uniforme, e a sua totalidade não é suficientemente discriminativa acima dos 60 pontos.

Na nossa amostra, a escala apresentou uma boa consistência interna.

#### **2.4. Inventário de Manifestações Físicas de Mal-Estar (PSC)**

O *Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar* baseia-se na *Lista de Sintomas Psicossomáticos /PSC* (Attanasio, Andrasik, Blanchard & Arena, 1984), uma escala de auto-registo com 17 itens, referentes a queixas psicossomáticas usuais.

Os sujeitos respondem a cada item, quer quanto à frequência com que experimentam a ocorrência, quer quanto à intensidade. Este instrumento é também conhecido por SUNYA (designação da localidade da amostra, em Albany).

A versão adoptada no presente estudo foi produzida por Ribeiro (1993), num estudo piloto realizado a uma população estudantil do ensino pós-obrigatório, no ano lectivo de 1990/91, e está baseada na versão de Cox, Freundlich e Meyer (1975), construída a partir de uma população estudantil que não apresentava distúrbios psicossomáticos.

A esta versão foram acrescentados 7 itens provenientes da *Escala de Physical Symptoms* (PS) (Mechanic & Hansell, 1987). Mas após o estudo piloto, foram retirados 5 itens ao total (quatro da PS e cinco do PCS), ficando a versão final com 19 itens.

Os sujeitos respondem numa escala de seis pontos para a frequência e numa escala de cinco para a intensidade. Os resultados podem ser considerados em termos de frequência de sintomas e em termos de frequência multiplicada pela ansiedade.

A análise factorial utilizada para explorar e definir o constructo aponta para quatro grandes tipos de manifestações psicossomáticas, que parecem expressar-se através de diferentes sistemas orgânicos, denominados de:

- *sistema nervoso (SN)*, que inclui itens que exprimem a manifestação de sintomas físicos como "dor de cabeça";
- *sistema respiratório (SR)*, que inclui itens que exprimem a manifestação de sintomas como "dores de garganta" ou "tosse";
- *sistema muscular (SM)*, que inclui designadamente "dores nas costas";
- *sistema digestivo (SD)*, que inclui, itens como "dores de estômago".

Na adaptação do instrumento, o autor encontrou quatro factores que englobavam conjuntos de itens associados aos quatro sistemas corporais.

Os factores parecem caracterizar os diversos sistemas corporais, tendo por base a análise factorial (SN = 24,2%; SR = 8,9%; SM = 6,0%; SD = 5,6%).

consistência interna (Alpha de Cronbach) dos diversos factores foi a seguinte:

1º factor: alfa = 0,79; 2º factor: alfa = 0,64; 3º factor: alfa = 0,55; 4º factor: alfa = 0,65;

Escala total: alfa = 0,85.

Dois itens não atingiram o valor crítico de 0,40 (itens 1 e 18) e outros dois não atingiram um valor discriminativo de, pelo menos, 0,15 (itens 12 e 14). Trata-se de uma escala discriminativa, com provas de validade e de boa consistência interna.

Na nossa amostra, obtivemos igualmente uma boa consistência interna.

## 2.5. Estado de Saúde

Para o presente estudo foi construída uma escala de 5 pontos, de escolha única, em que o inquirido assinala o valor respeitante ao estado de saúde percebido. As opções possíveis são as seguintes:

- 1 - Excelente;
- 2 - Muito Boa;
- 3 - Boa;
- 4 - Razoável;
- 5 - Fraca.

A opção por uma única questão para medir o Estado de Saúde fundamenta-se nas recomendações da Organização Mundial de Saúde/Região Europeia (Picavet e Nossikov, 1996), que consideram a questão sobre o estado de saúde percebido muito útil enquanto indicador de saúde pública, até porque se encontra geralmente relacionado com uma série de outras medidas de saúde.

Os coeficientes de variação encontrados para a amostra em estudo apresentam-se no Quadro .

Quadro 8 - Coeficientes de Variação (HSS<sup>4</sup>)

	N	Varição	M	DP
Qualidade de Vida	127	1,00 – 5,00	3,09	0,96

## 3. Procedimento

Esta amostra resultou de uma consulta formal prévia a vários órgãos de comunicação social, através de carta, solicitando a colaboração no estudo. Do mesmo modo, foi ainda

## RESULTADOS

### Estratégia para análise dos resultados

Neste estudo pretendeu-se estabelecer a comparação entre variáveis e relacioná-las entre si. Assim, estabeleceram-se as seguintes etapas:

1. Caracterização demográfica da amostra
2. Relacionar as variáveis "Stress Ocupacional (JCQ)", "Sentido de Coerência (SOC)", e Resultados de Saúde ("Estado de Saúde (HSS)", "Ansiedade-estado (SAS)" e "Manifestações Físicas de Mal-estar (PCS)") com as variáveis demográficas.
3. Relacionar a variável "Stress Ocupacional" com a percepção do "Estado de saúde", as "Manifestações físicas de Mal-estar" e a "Ansiedade-estado", respectivamente.
4. Relacionar a variável psicológica "Sentido de Coerência" com a percepção do "Estado de saúde", as "Manifestações Físicas de Mal-estar" e a "Ansiedade-estado", respectivamente.
5. Relacionar a percepção de "Stress Ocupacional (JQC)" com o "Sentido de Coerência (S.O.C.)";

O tratamento da análise estatística dos dados foi efectuado com base no programa SPSS.

### 1. Caracterização demográfica da amostra

#### Idade

Quadro 9 - Distribuição da Amostra por Idade

Idade	20-25	26-31	32-37	38-43	44-49	50-55	56-61	Total	(%)
Masculino	2	17	15	10	6	7	3	60	49
Feminino	2	25	20	11	3	-	1	62	51
Total	4	42	35	21	9	7	4	122	
(%)	3	34	29	17	7	7	3		100

A amostra é constituída por 49% de homens e 51% de mulheres, e o grupo predominante situa-se na faixa etária entre os 26 e os 31 anos (34% da amostra), logo

seguida dos indivíduos que têm entre 32 e 37 anos de idade (29%). Estes dois grupos formam 63% da amostra, o que, podendo não ser representativo do universo, espelha a tendência apontada no 3º Congresso dos Jornalistas para uma feminilização (entre os 26 e os 37 anos, as mulheres surgem em maior número, face aos homens, invertendo-se a situação a partir dos 44 anos) e juvenilização da classe.

### Estado Civil

Quadro 10 - Distribuição da Amostra por Estado Civil

Estado Civil \ Sexo	Solteiro	Casado	Divorciado	Outro	Total	(%)
Masculino	23	34	7	2	66	52
Feminino	30	21	10	1	62	48
Total	53	55	17	3	128	
(%)	41	43	14	2		100

A percentagem de jornalistas casados supera ligeiramente a dos solteiros (43% e 41%, respectivamente), fazendo parte da amostra 14% de divorciados.

### Habilitações Literárias

Quadro 11 - Distribuição da Amostra por Habilitações Literárias

Habilit. Literárias \ Sexo	Ensino Básico	Ensino Secund.	Curso Médio	Licenciatura	Total	(%)
Masculino	1	10	35	18	64	52
Feminino	1	7	14	39	61	48
Total	2	17	49	57	125	
(%)	2	14	39	45		100

A maior parte da amostra possui um curso médio ou frequência universitária (39%), ou detêm efectivamente uma licenciatura (45%). Porém, não existem diferenças significativas para as variáveis em estudo.

## Local de Trabalho/Suporte de Comunicação

Quadro 12 - Distribuição da Amostra por Suporte de Comunicação

Horas de Trabalho/Dia Sexo	TV	Rádio	Imprensa	Agência	Total	(%)
Masculino	19	17	24	6	66	52
Feminino	20	14	19	9	62	48
Total	39	31	43	15	128	
(%)	30	24	34	12		100

A imprensa escrita (jornais, revistas e agências) representa quase 50% da amostra, seguindo-se a televisão (30%) e a rádio (24%). A distribuição da amostra pelos vários sectores de actividade, ainda que não seja representativa do universo dos jornalistas portugueses, aproxima-se, percentualmente, da distribuição real.

## Trabalho por Turnos

Quadro 13 - Distribuição da Amostra por Turnos

Turnos Sexo	Dia	Noite	Total	(%)
Masculino	39	24	63	51
Feminino	26	35	61	49
Total	65	59	124	
(%)	52	48		100

Inicialmente optou-se por questionar os sujeitos relativamente à existência de turnos, e apenas para os que considerassem essa escola, deveria ser respondida a questão seguinte, referente aos turnos. Porém, em face de respostas que não consideravam os turnos, mas assinalavam o período do dia que mais correspondia ao seu horário - na maioria dos casos flexível (ou associado ao regime de isenção de horário) - foram consideradas, para efeitos de quantificação, as categorias "Dia" e "Noite". Este critério surgiu *a posteriori*, já que a maioria das respostas recolhidas continha duas opções (ex: manhã e tarde; tarde e noite).

Tendo em conta que, em quase todos os suportes de comunicação social " a notícia não tem hora"<sup>1</sup>, e que tanto na imprensa (a hora de fecho tende a ser tardia) como na rádio e televisão (as grelhas de programação/informação prolongam-se pela noite dentro), é de esperar que os horários diurno e nocturno (excluindo a questão da rotatividade) apareçam com frequências similares, como de facto se verifica nesta amostra.

### Carga Horária

**Quadro 14 - Distribuição da Amostra por Nº de Horas de Trabalho Diário**

Horas de Trabalho/Dia	5-6 horas	7-8 horas	9-10 horas	11-12 horas	Total	(%)
Sexo						
Masculino	-	30	27	5	62	51
Feminino	2	40	18	-	60	49
Total	2	70	45	5	122	
(%)	2	57	37	4		100

Mais de metade da amostra trabalha, em média, 7 a 8 horas diárias (57%), embora uma parte significativa atinja as 9 horas diárias (37%).

De registar ainda que nenhuma mulher afirmou trabalhar mais que 10 horas diárias, e nenhum homem referiu ter uma carga horária de 5 a 6 horas por dia. Dado o facto de 43% da amostra abranger pessoas casadas, é possível que esta disparidade se relacione com as tarefas familiares, ainda predominantemente associadas aos papéis femininos na sociedade portuguesa.

### 2. Estatísticas

Recorremos ao cálculo de médias e desvios-padrão para cada uma das variáveis estudadas. Usámos ainda o t-teste, de Student, para amostras independentes, e a análise de variância (ANOVA) - procedimento ONEWAY – com teste de contrastação de Scheffe. Por último procedemos ao cálculo de coeficientes de correlação entre as variáveis psicológicas e ao cruzamento de resultados, para identificar o grau em que a percepção do Stress no Trabalho ("Stress Ocupacional") e o Sentido de Coerência podem, respectivamente, afectar os resultados de saúde.

<sup>1</sup> Slogan promocional da Estação TSF-Rádio Jornal.



## 2.1. Stress Ocupacional

Na variável “Percepção de Stress no Local de Trabalho” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre quatro das cinco sub-escalas (decisão, competências, emprego e apoio) e quatro variáveis demográficas (sexo, trabalho por turnos, estado civil e local de trabalho) (Quadro 15).

### 2.1.1. Sexo

Os resultados sugerem que o stress laboral percebido na sub-escala “Exigências Funcionais” é superior nas mulheres ( $\bar{M} = 36,65$ ), face aos homens ( $\bar{M} = 32,93$ ). As diferenças foram significativas,  $t(113) = -3,10$ ,  $p < 0,002$ . Na sub-escala “Capacidade de Decisão” também é superior nas mulheres ( $\bar{M} = 4,82$ ), face aos homens ( $\bar{M} = 5,80$ ). As diferenças encontradas foram significativas,  $t(116) = 3,75$ ,  $p < 0,0001$ .

O stress percebido na sub-escala “Condições de Emprego” é igualmente superior no sexo feminino ( $\bar{M} = 2,37$ ), face ao masculino ( $\bar{M} = 3,15$ ). As diferenças foram significativas,  $t(119) = 3,48$ ,  $p < 0,001$ .

### 2.1.2. Estado Civil

A análise de variância mostrou existirem diferenças significativas entre grupos para a sub-escala “Definição de Competências”,  $F(3,116) = 3,847$ ,  $p < 0,02$ .

O valor mais elevado de stress registou-se no grupo dos divorciados ( $\bar{M} = 4,60$ ), e o mais reduzido verificou-se no grupo dos casados ( $\bar{M} = 4,98$ ): os jornalistas divorciados parecem sentir mais constrangimentos na esfera das competências profissionais do que os colegas casados.<sup>2</sup>

### 2.1.3. Local de Trabalho

A análise de variância mostrou existirem diferenças significativas entre grupos, para a sub-escala “Apoio de Superiores e Colegas”,  $F(3,110) = 8,387$ ,  $p < 0,0001$ .

O valor mais elevado de stress registou-se no grupo dos jornalistas de televisão ( $\bar{M} = 4,22$ ), e o mais reduzido verificou-se no grupo dos jornalistas de Rádio ( $\bar{M} = 6,37$ ): quem trabalha num suporte radiofónico parece sentir mais apoio, por parte de

<sup>2</sup> O grupo “Outro” (nem casado, nem solteiro, nem divorciado), em que  $\bar{M} = 8,00$ , apenas se refere a 3 sujeitos da amostra, o que lhe confere menor expressão, face às médias dos dois primeiros grupos, razão porque não será analisado.

Quadro 15 – Stress Ocupacional (resultados significativos)

Sub-escalas Stress	Sexo		Turnos				Estado Civil				Local de Trabalho			
	Homens	Mulheres	Dia	Noite	Solteiro	Casado	Divorc.	Outro	TV	Rádio	Im- presta	Agência		
Exig. Funcionais	<u>M</u>	<b>36,65</b>	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS		
	D.P	6,44												
Decisão	<u>M</u>	<b>4,82</b>	<i>5,68</i>	<b>4,92</b>	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS		
	D.P	1,41	1,40	1,49										
Compe-tências	<u>M</u>	RNS	RNS	RNS	4,95	4,98	4,60	8,00	RNS	RNS	RNS	RNS		
	D.P				1,25	1,73	1,35	4,35						
Emprego	<u>M</u>	3,15	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS		
	D.P	1,15												
Apoio	<u>M</u>	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	RNS	<b>4,22</b>	<b>6,37</b>	5,76	5,58		
	D.P								2,32	1,54	1,44	1,56		

**Nota:**Em "**bold**" estão os valores mais elevados de stress.Em "*itálico*" estão os valores mais baixos de stress

RNS – Resultados Não Significativos.

superiores e colegas, comparativamente a quem trabalha em TV, em agência e imprensa escrita.

#### 2.1.4. Trabalho por Turnos

A percepção de stress no trabalho, na sub-escala “Capacidade de Decisão”, é superior para os jornalistas que trabalham de noite ( $\underline{M} = 4,92$ ), do que para os que trabalham de dia ( $\underline{M} = 5,68$ ), concluindo-se que os que trabalham de dia têm a percepção de maior capacidade de decisão e autonomia que os outros.

As diferenças foram significativas,  $t(114) = 2,79$ ,  $p < 0,006$ .

### 2.2. Sentido de Coerência (SOC)

Nesta variável não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis demográficas, à excepção da “Idade” (Quadro 16).

#### 2.2.1. Idade

A diferença entre médias dos grupos e as médias inter-grupos foi significativa,  $F(6,104) = 2,17$ ,  $p < 0,05$ . O valor mais elevado do SOC foi encontrado para o grupo etário dos 40 – 44 anos ( $\underline{M} = 138,85$ ), e o mais baixo na faixa etária dos 30 - 34 anos ( $\underline{M} = 128,59$ ). O valor mais elevado do SOC está muito próximo do obtido pelo grupo mais jovem, ainda que não seja expressivo (4 sujeitos), e desce durante a década dos trinta. A partir dos quarenta anos, o SOC atinge os valores mais elevados, mas para uma curta franja da amostra (7 sujeitos), voltando a diminuir acima dos 45 anos de idade (valores não considerados na análise, por abrangerem menos de 7 sujeitos).

Quadro 16 – Sentido de Coerência (resultados significativos)

Idade	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
S.O.C. $\underline{M}$	138,50	<b>138,10</b>	<i>128,59</i>	129,05	<b>138,85*</b>	131,14	100,66•
D.P.	10,84	17,52	24,52	19,59	25,96	15,01	16,19
Total $\underline{M} =$	<b>132,50</b>						
D.P. =	21,07						

**Nota:**

O valor a “**bold**” representa a faixa etária com sentido de coerência mais elevado.

O valor a “*itálico*” representa a faixa etária com sentido de coerência mais reduzido.

\* valor correspondente a 7 sujeitos da amostra.

• valor correspondente a 3 sujeitos da amostra.

### 2.3. Estado de Saúde

Através da análise de frequências absolutas (Quadro 17), verificou-se que quase metade da amostra referiu o seu Estado de Saúde como "Bom" (43%). No entanto, foram em maior número os que o consideraram não satisfatório ("Razoável" = 28%; "Fraca" = 6%).

Quadro 17 - Distribuição da Amostra por Estado de Saúde

Estado Saúde	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
Freq.	8	22	54	36	7
%	6	17	43	28	6

#### 2.3.1. Nº de Horas de Trabalho

A análise de variância mostrou existirem diferenças significativas entre grupos (Quadro 18), para a variável demográfica "Nº de Horas de Trabalho",  $F(3,117) = 3,267$ ,  $p < 0,02$ . O valor mais elevado relativo ao Estado de Saúde registou-se no grupo que trabalhava 11-12 horas por dia ( $M = 2,20$ ), e o mais reduzido verificou-se no grupo dos jornalistas que trabalhavam 7-8 horas diárias ( $M = 3,23$ ): quem trabalha mais horas parece sentir-se mais em forma<sup>3</sup>.

Quadro 18 – Estado de Saúde (resultados significativos)

Estado de Saúde	M D.P.	Nº de Horas de Trabalho			
		5-6	7-8	9-10	11-12
Muito Bom	<b>M</b> D.P.	RNS	RNS	2,91 0,87	<b>2,20</b> 1,09
Bom	<b>M</b> D.P.	RNS	3,23 0,95	RNS	RNS
Razoável	<b>M</b> D.P.	4,00 0,00	RNS	RNS	RNS
Total	D.P. = 0,95 M = 3,08				

Nota: Em "bold" estão os valores mais elevados para a qualidade de vida/estado de saúde.

Em "itálico" estão os valores mais baixos para a qualidade de vida/estado de saúde.

RNS – Resultados Não Significativos

<sup>3</sup> O valor mais baixo registado no Estado de Saúde aplica-se apenas a dois casos, pelo não foram considerados na análise.

## 2.4. Manifestações Físicas de Mal-Estar

Um dos objectivos da presente pesquisa consistiu em relacionar queixas psicossomáticas comuns na nossa amostra com as variáveis demográficas. Apresentamos de seguida as diferenças significativas encontradas (Quadro 19).

### 2.4.1. Sexo

Para a sub-escala Sistema Digestivo, verificaram-se diferenças entre homens ( $\underline{M} = 4,07$ ) e mulheres ( $\underline{M} = 6,01$ ): as mulheres apresentam maior frequência de queixas digestivas que os seus colegas de profissão. As diferenças foram significativas,  $t(126) = -2,853$ ,  $p < 0,005$ , para amostras independentes com variâncias iguais, tal como é medido com o teste de Levene.

Para a sub-escala Sistema Nervoso, verificaram-se diferenças entre homens ( $\underline{M} = 11,40$ ) e mulheres ( $\underline{M} = 14,85$ ): elas referem mais queixas a nível nervoso que eles. As diferenças foram significativas,  $t(125) = -3,322$ ,  $p < 0,001$ .

Em termos de frequência total de Sintomas de Mal-estar Físico, verificaram-se diferenças entre homens ( $\underline{M} = 25,31$ ) e mulheres ( $\underline{M} = 31,09$ ). Tais diferenças foram significativas,  $t(125) = -2,426$ ,  $p < 0,01$  (Ver *Quadro 22*).

Quadro 19 - Manifestações Físicas de Mal-estar - Frequência

Sub-escalas		Sexo	
		Homens	Mulheres
Sistema Digestivo	$\underline{M}$	4,07	<b>6,01</b>
	D.P.	3,17	4,45
Sistema Nervoso	$\underline{M}$	11,40	<b>14,85</b>
	D.P.	5,44	6,23
Tipo Geral	$\underline{M}$	25,31	<b>31,09</b>
	D.P.	12,06	14,73
Frequência Total	$\underline{M}$	RNS	RNS
	D.P.		

Nota:

Em "bold" estão os valores mais elevados de frequência com que se manifestam as queixas de mal-estar físico.

## 2.5. Ansiedade

Foram encontradas diferenças entre sexos para todas as sub-escalas, à excepção da do Sistema Nervoso Central, e os valores mais elevados corresponderam ao sexo feminino (Quadro 20). Assim, para a sub-escala Sistema Cognitivo, os homens

apresentaram diferenças ( $\underline{M} = 8,71$ ) face às mulheres ( $\underline{M} = 9,81$ ), que foram significativas,  $t(122) = -2,599$ ,  $p < 0,01$ .

As diferenças entre sexos verificaram-se na sub-escala Sistema Motor-  $\underline{M} = 7,13$  para os homens,  $\underline{M} = 8,50$  para as mulheres, e foram significativas,  $t(122) = -3,815$ ,  $p < 0,0001$ . As mulheres apresentaram diferenças relativamente aos homens na sub-escala Sistema Vegetativo ( $\underline{M} = 13,92$ , homens,  $\underline{M} = 15,45$ ), que foram significativas,  $t(118) = -3,099$ ,  $p < 0,002$ . Para a ansiedade-estado total, as diferenças entre homens ( $\underline{M} = 32,93$ ) e mulheres ( $\underline{M} = 36,65$ ), foram igualmente significativas,  $t(113) = -3,101$ ,  $p < 0,002$ .

Quadro 20 - Ansiedade – Frequência

Sub-escalas		Sexo	
		Homens	Mulheres
Cognitivo	<b><math>\underline{M}</math></b>	<b>8,71</b>	<b>9,81</b>
	D.P.	2,12	2,59
Motor	<b><math>\underline{M}</math></b>	<b>7,13</b>	<b>8,50</b>
	D.P.	1,86	2,12
Vegetativo	<b><math>\underline{M}</math></b>	<b>13,92</b>	<b>15,45</b>
	D.P.	2,65	2,76
Ansiedade Global	<b><math>\underline{M}</math></b>	<b>32,93</b>	<b>36,65</b>
	D.P.	6,40	6,44

Nota:

Em "bold" estão os valores mais elevados de ansiedade-estado global e nas diversas sub-escalas.

### 3. Coeficientes de Correlação

Fizemos uso do Coeficiente de Pearson para detectar diferenças significativas entre os resultados de saúde e as variáveis psicológicas em estudo. Elas foram encontradas para os casos que passamos a apresentar.

#### 3.1. Stress Ocupacional e Resultados de Saúde

A sub-escala Exigências Funcionais correlacionou-se positivamente com todos os resultados de saúde (Quadro 21).

##### 3.1.1. Estado de Saúde

Quanto maior o stress percebido a este nível, mais desfavorável é a percepção de estado de saúde<sup>4</sup> ( $r(114) = 0,50$ ;  $p < 0,0001$ ).

<sup>4</sup> A uma maior a pontuação atribuída na escala da qualidade de vida - evolução desfavorável - corresponde uma pontuação elevada nas exigências funcionais.

### 3.1.2. Manifestações Físicas de Mal-estar.

A sub-escala Exigências Funcionais correlaciona-se positivamente com as Manifestações Físicas de Mal-estar ao nível dos Sistemas Digestivo ( $r(115) = 0,57$ ;  $p < 0,0001$ ), Muscular ( $r(115) = 0,55$ ;  $p < 0,0001$ ), Nervoso ( $r(115) = 0,72$ ;  $p < 0,0001$ ), Respiratório ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,0001$ ) e de Mal-estar geral ( $r(115) = 0,74$ ;  $p < 0,0001$ ).

A sub-escala Condições de Emprego correlaciona-se negativamente com o Sistema Nervoso ( $r(121) = -0,30$ ;  $p < 0,0001$ ).

### 3.1.3. Ansiedade

A sub-escala Exigências Funcionais correlaciona-se positivamente com todas as sub-escalas de Ansiedade: Sistema Cognitivo ( $r(115) = 0,82$ ;  $p < 0,0001$ ); Sistema Motor ( $r(115) = 0,78$ ;  $p < 0,0001$ ); Sistema Nervoso ( $r(115) = 0,70$ ;  $p < 0,0001$ ); Sistema Vegetativo ( $r(115) = 0,79$ ;  $p < 0,0001$ ) e Ansiedade total ( $r(115) = 1,00$ ;  $p < 0,0001$ ).

**Quadro 21 – Stress Ocupacional e Resultados de Saúde  
(Correlações Significativas)**

	Exigências Funcionais	Condições Emprego
Estado de Saúde	$r(114) = 0,50$ , $p < 0,0001$	RNS
Mal-estar Físico Total	$r(115) = 0,74$ , $p < 0,0001$	RNS
Sist. Respiratório	$r(115) = 0,31$ , $p < 0,001$	RNS
Sist. Muscular	$r(115) = 0,55$ , $p < 0,0001$	RNS
Sist. Digestivo	$r(115) = 0,57$ , $p < 0,0001$	RNS
Sist. Nervoso	$r(115) = 0,72$ , $p < 0,0001$	$r(121) = -0,30$ , $p < 0,001$
Ansiedade Global	$r(115) = 1,00$ , $p < 0,0001$	RNS
A. Cognitiva	$r(115) = 0,82$ , $p < 0,0001$	RNS
A. Motora	$r(115) = 0,78$ , $p < 0,0001$	RNS
A. Vegetativa	$r(115) = 0,79$ , $p < 0,0001$	RNS
S.N.C.	$r(115) = 0,70$ , $p < 0,0001$	RNS

### 3.2. Sentido de Coerência, Stress Ocupacional e Resultados de Saúde

Também aqui, recorremos à correlação de Pearson, para relacionar as diferentes variáveis psicológicas em estudo (Quadro 22).

### 3.2.1. Stress Ocupacional

O sentido de coerência (SOC) correlaciona-se negativamente com as Exigências Funcionais ( $r(109) = -0,52$ ;  $p < 0,0001$ ) e positivamente com o Apoio de Colegas e Superiores ( $r(109) = 0,39$ ;  $p < 0,0001$ ).

Quanto maior for o Sentido de Coerência, menor tende a ser a percepção de stress no trabalho, no plano das exigências inerentes à função, o que confirma a nossa hipótese segundo a qual o SOC tem um efeito amortecedor do stress no trabalho na amostra estudada.

O SOC parece ter igualmente constituir um mediador do stress no que respeita à percepção do apoio de superiores e colegas no trabalho: quanto maior o SOC, menor o stress percebido no trabalho, reflectido na ideia que se tem do apoio obtido do exterior.

### 3.2.2. Estado de Saúde

O estado de saúde correlaciona-se negativamente com SOC ( $r(116) = -0,47$ ,  $p < 0,0001$ ). A percepção da qualidade de vida é tanto mais elevado for o SOC<sup>5</sup>, o que corrobora a hipótese segundo a qual o SOC constitui um potente recurso de resistência ao stress, manifesto na qualidade de vida.

### 3.2.3. Mal-Estar Físico

As queixas psicossomáticas correlacionam-se negativamente com o SOC, em termos globais ( $r(117) = -0,37$ ,  $p < 0,0001$ ), e nas sub-escalas Sistema Muscular ( $r(117) = -0,29$ ,  $p < 0,001$ ), Sistema Digestivo ( $r(117) = -0,29$ ,  $p < 0,0001$ ) e Sistema Nervoso ( $r(117) = -0,36$ ,  $p < 0,0001$ ). Mais uma vez, o SOC revela-se um bom recurso de promoção de saúde, já que quanto mais elevado for, menores as queixas psicossomáticas assinaladas na nossa amostra.

### 3.2.4. Ansiedade

À semelhança do ponto anterior, a Ansiedade-estado, a nível global, correlaciona-se negativamente com o SOC ( $r(109) = -0,52$ ,  $p < 0,0001$ ), tal como as sub-escalas Cognitiva ( $r(114) = -0,56$ ,  $p < 0,0001$ ), Motora ( $r(114) = -0,45$ ,  $p < 0,0001$ ), Vegetativa ( $r(114) = -0,29$ ,  $p < 0,0001$ ) e do “S.N.C.” ( $r(117) = -0,46$ ,  $p < 0,0001$ ).

<sup>5</sup> Note-se que, na escala do estado de saúde, os valores mais baixos correspondem a um melhor estado de saúde percebido.



Quanto maior for o score obtido no SOC, menor o nível de ansiedade percebida, em termos globais, e ao nível os diversos sistemas, individualmente, que constituem gradientes da ansiedade-estado.

O sentido de coerência constitui, assim, uma variável mediadora do stress no trabalho, na presente amostra, reflectindo-se na percepção favorável do estado de saúde, bem como de resultados reduzidos ao nível da percepção de sintomas físicos de mal-estar e na percepção de estados ansiosos.

Quadro 22 - SOC, Stress Ocupacional e Resultados de Saúde  
(Correlações Significativas)

	SOC
<b>Exigências Funcionais</b>	$r(109) = -0,52, p < 0,0001$
<b>Apoio Sup. e Colegas</b>	$r(109) = 0,39, p < 0,0001$
<b>Estado de Saúde</b>	$r(116) = -0,47, p < 0,0001$
<b>Mal-estar Físico Total</b>	$r(117) = -0,37, p < 0,0001$
Sist. Muscular	$r(117) = -0,29, p < 0,001$
Sist. Digestivo	$r(117) = -0,29, p < 0,001$
Sist. Nervoso	$r(117) = -0,36, p < 0,0001$
<b>Ansiedade Total</b>	$r(109) = -0,52, p < 0,0001$
A. Cognitiva	$r(114) = -0,56, p < 0,0001$
A. Motora	$r(114) = -0,45, p < 0,0001$
A. Vegetativa	$r(114) = -0,29, p < 0,001$
S.N.C.	$r(117) = -0,46, p < 0,0001$

**Nota:**

Os valores a “**bold**” referem-se às correlações mais expressivas, dentro de cada variável (Stress Profissional e Resultados de Saúde).

### 3.3. Resultados de Saúde

Registaram-se ainda correlações positivas entre o Estado de Saúde e as sub-escalas de Sintomas de Mal-estar, aos níveis Respiratório ( $r(126) = 0,55, p < 0,0001$ ), Muscular ( $r(127) = 0,33, p < 0,0001$ ), Digestivo ( $r(127) = 0,41, p < 0,0001$ ) e Nervoso ( $r(126) = 0,50, p < 0,0001$ ).

Isto significa que quanto mais expressivos os sintomas físicos de mal-estar, menor o estado de saúde percebido, traduzido em pontuações elevadas (menos favoráveis) na escala (Quadro 23).

Finalmente, verificaram-se correlações positivas entre as Queixas Psicossomáticas, a um nível global, e a Ansiedade total, ( $r(115) = 0,74, p < 0,0001$ ), bem como nas sub-escalas Cognitiva ( $r(123) = 0,49, p < 0,0001$ ), Motora ( $r(124) = 0,60, p < 0,0001$ ), vegetativa ( $r(120) = 0,59, p < 0,0001$ ) e do S.N.C. ( $r(127) = 0,48, p < 0,0001$ ) (Quadro 24).

Quadro 23 – Estado de Saúde e Mal-Estar Físico Total  
(Correlações Significativas)

	Estado de Saúde
<b>Mal-Estar Físico Total</b>	$r(126) = 0,55, p < 0,0001$
Sist. Respiratório	$r(127) = 0,33, p < 0,0001$
Sist. Muscular	$r(127) = 0,39, p < 0,0001$
Sist. Digestivo	$r(127) = 0,41, p < 0,0001$
Sist. Nervoso	$r(126) = \mathbf{0,50}, p < 0,0001$

**Nota:**

Os valores a “**bold**” representam os coeficientes mais elevados.

RNS – Resultados Não Significativos

Sintomas físicos de mal-estar e ansiedade parecem, assim, andar lado a lado, correspondendo a variação de uns a idênticas variações nas outras.

Quadro 24 – Mal-Estar Físico e Ansiedade  
(Correlações Significativas)

	Mal-estar Físico Total
<b>Ansiedade Global</b>	$r(115) = 0,74, p < 0,0001$
A. Cognitiva	$r(123) = 0,49, p < 0,0001$
A. Motora	$r(124) = \mathbf{0,60}, p < 0,0001$
A. Vegetativa	$r(120) = 0,59, p < 0,0001$
S.N.C.	$r(127) = 0,48, p < 0,0001$

**Nota:**

Os valores a “**bold**” representam os coeficientes mais elevados.

RNS – Resultados Não Significativos

## DISCUSSÃO

Os resultados sugerem que os factores de stress no trabalho (exigências funcionais e condições de trabalho) influenciam negativamente os resultados de saúde dos jornalistas, nomeadamente, através do desencadear de reacções de ansiedade - uma resposta automática ao stress - de queixas psicossomáticas, e da percepção menos favorável do estado de saúde. O sentido de coerência parece funcionar eficazmente como mediador do stress ocupacional, tendo um efeito protector e promotor da saúde. Passemos a analisar detalhadamente cada um destes pontos, em função dos objectivos delineados.

### 1. Variáveis Demográficas

#### 1.1. Stress Ocupacional e Resultados de Saúde em função do Sexo

Na nossa investigação, os valores mais elevados de stress ocupacional foram encontrados nas mulheres, que percebem o seu trabalho como funcionalmente exigente (ex: falta de tempo para executar tarefas, quantidade de trabalho excessiva), mas sem margem para exercê-lo de forma autónoma (ex: pouca liberdade de decisão, impossibilidade de determinar o ritmo do trabalho) e sem condições de emprego adequadas (ex: falta de segurança, ausência de planeamento do horário de trabalho, impossibilidade de determinar o momento de começar e terminar tarefas).

Os resultados obtidos corroboram as investigações realizadas neste domínio, e apontam para a existência de diferenças de papel entre sexos, apesar da crescente feminilização do trabalho jornalístico (na nossa amostra, 51% era composta por mulheres, sendo o grupo etário predominante composto por profissionais entre os 26 e os 37 anos).

O papel atribuído à mulher na sociedade portuguesa pode, em parte, ser responsável pela variação significativa dos resultados, já que, na idade fértil, ela ainda parece ser confrontada com a conciliação de papéis (vida profissional, conjugal/familiar - 43% da amostra é constituída por pessoas casadas - e doméstica).

Porque é que as mulheres parecem tão vulneráveis ao stress? De acordo com a investigadora Jeanne Spurlock, autora de um livro que aborda a temática do stress na mulher, publicado pela Associação Médica Americana das Mulheres (AMWA), afirma que as mulheres são, desde cedo, socializadas no sentido de prestarem cuidados assumindo, quase de forma automática, responsabilidades nas esferas

familiar, social e profissional. A tendência a estarem posicionadas em posições de poder inferiores contribui para que se sintam menos aptas para controlar factores ambientais, relativamente ao sexo oposto. Nas palavras da autora, *mesmo as mulheres que se dão conta da necessidade de abrandar parecem estar programadas no sentido do compromisso em todas as frentes, uma vez que tendem a culpar-se se não forem capazes de assegurar tudo a toda a gente nas suas vidas* (Spurlok, 2000: 1).

Do mesmo modo, as mulheres apresentam mais queixas psicossomáticas, revelando valores superiores aos homens no plano digestivo (ex: dores de estômago), do sistema nervoso (ex: dores de cabeça), e de mal-estar geral. Os quadros ansiosos também surgem com maior expressão no sexo feminino, aos níveis cognitivo (ex: sensação de medo, nervosismo), motor (ex: cansaço e fraqueza, dores), vegetativo (ex: crises de tonturas, coração a bater mais depressa) e geral (na literatura sobre o assunto as mulheres apresentam valores mais altos de ansiedade comparativamente aos homens).

Tais evidências são consonantes com as investigações nesta área. Seria importante, em futuros estudos, considerar a resposta de stress ao nível cardiovascular, onde o sexo masculino revela, tendencialmente, vantagem em relação ao sexo feminino.

Independentemente dos factores de natureza biológica (endócrinos, por exemplo), que não foram avaliados nesta investigação, os resultados sugerem que, no caso das jornalistas da amostra, os mecanismos de *coping* parecem não ser suficientes para lidar com as exigências com que se vêm confrontadas, reflectindo-se negativamente no seu estado de saúde. Porém, não foram encontradas diferenças significativas entre sexos relativamente à variável mediadora do stress que escolhemos, o sentido de coerência.

## **1.2. Stress Ocupacional em função do Estado Civil**

Os jornalistas divorciados evidenciaram mais stress nas suas respostas, na esfera da definição de competências (ex: falta de oportunidades para desenvolver competências, para ser criativo e fazer coisas diversificadas), face aos casados, o que sugere que a área afectiva/privada exerce influência na percepção de stress no trabalho.

Idênticos resultados foram encontrados na investigação sobre stress nas redacções realizada pela Associação Americana de Gestores de Imprensa (Associated Press Managing Editors Association/APME), em 1995. Três anos depois, o ex-Presidente Robert H. Giles, autor do *Manual de Gestão na Redacção*, afirmava, durante um encontro da classe, que *uma das mudanças positivas na cultura jornalística foi a*

*atitude mais flexível face às necessidades da vida familiar, agora mais respeitadas* (Schwed, 1998: 3).

Em Portugal, porém, a cultura empresarial parece ainda pouco sensibilizada para este aspecto, como referiu Daniel Ricardo, editor executivo da VISÃO, e formador no CENJOR. «Os formadores são os primeiros a incutir nos futuros jornalistas a ideia de que é preciso estar 24 horas disponível para a profissão, ou então não vale a pena começar. Cultiva-se a imagem da resistência à frustração, e passa-se a mensagem de que, sem espírito de sacrifício e dedicação não se consegue ser um bom profissional no ramo».

### 1.3. Sentido de Coerência em função da Idade

O sentido de coerência variou significativamente em função da idade, mostrando-se mais expressivo no grupo etário dos 40 – 44 anos, e mais baixo na faixa etária dos 30 – 34 anos.

Em *Health, Stress and Coping*, Antonovsky lançou a hipótese segundo a qual seria *pouco provável que o sentido de coerência, uma vez formado e mantido, pudesse mudar radicalmente* (p.188). Porém, o autor avançou com algumas predições estatísticas que apontam para a variação do SOC ao longo da idade adulta: uma pessoa com SOC moderado enquanto jovem adulta, tende, com o decorrer do tempo, a reduzi-lo para níveis inferiores, porque a selecção de situações que reforçam o SOC e o evitamento das que o debilitam começa a ser menos bem sucedida, como eram até aí (Antonovsky, 1987: 122).

Na amostra da nossa investigação, os níveis de SOC reduzidos surgem na década dos trinta. Este resultado pode estar ligado aos desafios que se colocam nesta altura da vida: mudança de casa, despesas próprias, constituição de família/filhos, responsabilidades acrescidas, no trabalho (recorde-se que na classe jornalística abundam situações de instabilidade de vínculo e de pluriemprego), mas não só.

Refira-se que, de acordo com as Estatísticas de Saúde da Caixa de Previdência e Abono de Família dos Jornalistas, mais de 40% das baixas por doença registaram-se entre os 25 – 34 anos, o que equivale a 30% do total de ausências ao trabalho durante o ano.

Para Antonovsky, as mudanças significativas do SOC ocorrem na sequência de decisões que iniciam um novo padrão de experiência de vida. Assim, a década dos quarenta pode significar esse desafio:

Para o adulto de meia-idade, um novo clima social ou uma nova situação laboral (...) podem ser estímulos desencadeantes de experiências de vida, com diferentes níveis de consistência, equilíbrio e participação em tomadas de decisão valorizadas socialmente (Antonovsky, 1987: 123).

No presente estudo, o SOC mais elevado registou-se para o grupo etário situado entre os 40 – 44 anos, que parece ir no sentido referido pelo autor. Esta é, frequentemente, a altura da vida em que se obtém, eventualmente, o reconhecimento profissional desejado, ou em que se progride na carreira. Porém, a partir desta idade o SOC diminui progressivamente. Porque é que esta variação, estatisticamente significativa, acontece?

Atendendo aos mitos e riscos<sup>1</sup> da profissão, é possível que a partir da segunda metade da vida se façam sentir mais os efeitos do desgaste da profissão – o que se confirma ao nível dos resultados de saúde, relacionados com a percepção de stress no trabalho – e que a margem de liberdade para usar os recursos de resistência generalizada seja muito mais reduzida. Por outro lado, a juvenilização da classe, a par das transformações económicas e tecnológicas no sector, podem constituir, *per si*, um desafio superior ao que se está preparado para responder, à luz da forma enraizada que se tem de ver o mundo. Assim, as suas estruturas internas de *coping* podem ficar aquém dos exigidos pelo contexto.

#### 1.4. Stress Ocupacional em função do Trabalho por Turnos

A sobrecarga laboral, materializada em pressões (*strain*) psicológicas, traduz-se, na prática, num reduzido controlo e capacidade de decisão, que constitui o principal factor de risco para a saúde física e mental. O Modelo das Pressões Laborais aponta para o papel dominante das pressões e constrangimentos do *setting* laboral - mais do que as percepções individuais e os stressores sociais (ex: discriminação sexual, sobrecarga horária) - nas manifestações de stress (disfunções cardiovasculares, comportamentos de risco, depressão e ansiedade) (Landsbergis et. al., 1993).

Os resultados de saúde identificados no presente estudo apontam para diferenças na percepção do stress em função do trabalho por turnos: quem trabalha de noite tem uma percepção de menor capacidade de decisão e de autonomia, face aos colegas que trabalham de dia. A este propósito, refira-se que, no caso de acontecer alguma

<sup>1</sup> Riscos associados à profissão: trabalho sob pressão, superficialidade v.s. aprofundamento, especialização v.s. generalismo, inferioridade funcional. Recorde-se que nos últimos vinte anos, 45% dos óbitos na classe ocorreram antes da idade da reforma.

situação noticiável, e em que seja necessário responder de imediato em termos de cobertura, o período da noite tem, naturalmente, menos reforços humanos, além de ter como certa a ausência ou redução acentuada da presença de decisores/chefias. A coordenação efectiva de uma operação especial, ou a simples mobilização de gente e de meios, ainda que desejável, torna-se algo complicado de decidir, mesmo quando exista serviço de piquete.

### 1.5. Estado de Saúde em função da Carga Horária

Os resultados encontrados apontaram para uma variação favorável entre estado de saúde e número de horas de trabalho, contrariando a ideia de que a carga horária constitui um stressor social. Na nossa amostra, quem trabalha mais horas parece sentir-se mais em forma (43% da amostra refere o seu estado de saúde como “bom”), confirmando o ditado “Quem trabalha por gosto não cansa”.

Tal evidência pode ser, contudo, reflexo do contexto vivido no meio da profissão, em que são valorizados factores como a competitividade e o trabalho intenso. Os mitos associados à profissão - encarar o jornalismo como o centro da existência, estar sempre presente para não perder protagonismo e assumir a profissão como um modo de vida, associado ao desafio e a um espírito jovem - podem contribuir para uma representação da profissão em que o acto de trabalhar mais horas é sinónimo de vigor e saúde.

Solicitado a comentar estes dados, Daniel Ricardo referiu ser do conhecimento público, leia-se no universo da classe, que *a competência profissional e o ter uma saúde de ferro são praticamente sinónimos, pelo que a tendência é esconder fraquezas, mesmo quando os problemas de saúde mais frequentes nos que trabalham nos media são as úlceras e as doenças cardiovasculares – associadas ao stress da profissão – e quando uma parte significativa morre precocemente com cancro»*.

Por último, a carga horária parece fazer parte dos hábitos dos portugueses, como revelaram os dados da ONU e do Eurostat, que seriam, dos europeus, os que mais horas trabalhavam (c.f. Introdução)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Não deixa de ser curioso que este dado entre em contradição com dados recentes, divulgados nos *media*, que referem os portugueses apresentam das mais baixas taxas de produtividade da União Europeia.

## 2. Stress Ocupacional e Resultados de Saúde

Os resultados evidenciaram uma variação inversa entre percepção do estado de saúde e a percepção de stress, ao nível das exigências funcionais (34% dos sujeitos referiu ter uma qualidade de vida “razoável” ou “fraca”), o que vai ao encontro das conclusões dos trabalhos de Karasek e colaboradores.

Em todos os casos referidos, os resultados de saúde (ansiedade e queixas psicossomáticas) correlacionaram-se positivamente com o stress ocupacional, no campo das exigências funcionais. Do mesmo modo, o stress percebido no trabalho, relativamente às condições de emprego, variou na proporção directa dos sintomas de mal-estar, ao nível do sistema nervoso (ex: dores de garganta ou tosse).

Também aqui convém recordar o consumo excessivo de medicamentos e de comportamentos de risco (fumar, beber, débito de horas de sono) conotados com a profissão, que é, por definição, instável (mobilidade, precariedade de vínculos, pluriemprego, competição entre pares e inter-pares).

Refiram-se ainda, a este propósito, os trabalhos sobre o hábito de fumar, como estando ligado a stressores ocupacionais como a quantidade de tarefas (ex: número de saídas em reportagem, telefonemas, redacção de artigos, compilação de dados, reuniões de secção/editoria), responsabilidade por equipamentos (French & Caplan, 1970), ambiguidade de papeis (Caplan et al., 1975) e complexidade inerente à função (French et al., 1982). Por isso, podemos inferir a possibilidade dos factores profissionais promoverem comportamentos danosos para a saúde<sup>3</sup>.

Podemos concluir que os factores de stress no trabalho (exigências funcionais e condições de trabalho) tendem a exercer uma influência negativa nos resultados de saúde, nomeadamente, através do desencadear de reacções de ansiedade - uma resposta automática do organismo ao stress - e de queixas/perturbações psicossomáticas, podendo contribuir para o aparecimento da doença.

## 3. Stress Ocupacional e Sentido de Coerência

O Modelo das Pressões Laborais, de Karasek, pressupõe que, em face de uma pressão laboral elevada – resultante de elevadas exigências funcionais, a par da capacidade de decisão reduzida – o indivíduo não consegue passar à acção de forma eficaz (pressão não resolvida).

---

<sup>3</sup> Este pressuposto aplicar-se-á, com menor margem de erro, a personalidades tipo A, vulgarmente conhecidas por *workaholics*, que não foram analisadas na amostra.



Neste ponto, afigura-se oportuno abordar e comparar as especificidades inerentes a cada suporte de comunicação. Tomemos como exemplo a cobertura de um assunto de Agenda: o Dia Mundial da Sida. O repórter de imprensa diária, a quem é solicitado um artigo de capa, pode ter, por parte do editor, informações relativas ao que outros jornalistas e correspondentes estão destacados para fazer. Vamos supor que lhe são dados três dias para recolher material estatístico e efectuar uma peça de enquadramento, incluindo depoimentos de responsáveis e de seropositivos em tratamento, tendo como ângulo “como se vive com o HIV em Portugal”: o acesso e adaptação às terapias, os problemas de saúde associados, as atitudes no emprego e ao nível social, etc. Ele vai precisar de solicitar autorizações a instituições, compilar *estórias* – de preferência com pessoas “fotografáveis” – e números. Vai precisar de trabalhar em equipa os departamentos da fotografia, grafismo e da paginação. Provavelmente vai ter que fazer serão a redigir o texto, que será extenso, e aqui o seu trabalho vai ter um carácter individual, centrado no rigor que se espera de um artigo de imprensa, por ser mais desenvolvido e estar associado à comunicação escrita.

No caso do repórter de agência, o trabalho pode ficar simplificado, já que dispensa a interligação directa com profissionais da imagem. No entanto, a informação de agência tende a ser veiculada, preferencialmente, antes do que é previsível para um diário, mas também aqui existem diferentes critérios, nomeadamente editoriais.

Para o repórter de rádio, suponhamos que estaria reservada a tarefa de entrar em directo, ou de fazer uma peça – ou várias – para entrar nos noticiários do dia, com um ou mais ângulos de “ataque” (ex: acompanhar uma personalidade pública num evento previsto para esse dia e confrontá-la com uma questão polémica, preparada no dia anterior, acompanhar um seropositivo desde que entra numa consulta hospitalar até que de lá sai, descobrir *estórias* no meio hospitalar, como a da auxiliar que conhece e trata como familiares todos os que ali passam). Neste caso, o trabalho de campo tende a ser mais imediato, mas liberto dos condicionalismos associados à captação de imagem, ou até do equipamento: basta-lhe um gravador (previamente solicitado à produção e testado), ou um bloco de notas e um telefone.

Em televisão, esta situação não se coloca. A autonomia do repórter fica bastante limitada, especialmente se trabalhar para a informação diária. Neste caso, o jornalista depende, além das habituais autorizações para filmagens, da requisição de equipamento e do veículo que está seguro para transportá-lo (sector da produção), trabalha sempre – ou quase sempre – em dupla com o operador/repórter de imagem, e

quando chega à redacção, terá que visionar o material e codificar os tempos das imagens e testemunhos seleccionados (esta tarefa também se verifica em rádio, mas sem o factor imagem), mas não se fica por aqui.

O trabalho adicional à elaboração do texto inclui o fornecimento de dados ao departamento de grafismo (estatísticas, bases de imagem para depoimentos) a introdução de oráculos no alinhamento previsto pela edição e realização, e por vezes não dispensa o recurso ao departamento de pós-produção vídeo/áudio (legendagem e/ou depoimentos não identificados ou de correspondentes). Mas o mais frequente é o recurso à mediateca, para inserir na montagem imagens já recolhidas às que se trouxeram da rua. Entre a redacção do texto e a montagem – feita com um operador – compete-lhe assegurar que todos os elementos necessários ficam disponíveis, e terá de contar com uma equipa bem maior, num curto espaço de tempo. É certo que terá que escrever bem menos do que se estivesse num jornal, mas a ele serão pedidas explicações se algo falhar no processo.

Se a opção for a realização de uma peça, geralmente solicitada em um dia ou dois de antecedência, combinada com um directo, a situação de interdependência também se coloca, até porque passa a ser necessário ter em conta o aspecto visual (cada vez mais valorizado) – indumentária (guarda-roupa) e maquilhagem (caracterização) – além dos testes prévios ao acto de entrar “no ar” (a partir do carro de exteriores, por exemplo).

Dados os diferentes níveis de complexidade e de *timings* inerentes a cada suporte – e códigos de trabalho associados – é de esperar que os suportes que requerem mais interdependência funcionem simultaneamente como stressores, quando está em jogo a actualidade e a concorrência informativa.

Na nossa amostra, tal hipótese parece confirmar-se, já que a pressão laboral se faz sentir particularmente no domínio do apoio de superiores e colegas, onde se registam diferenças entre cada um dos suportes de *media* (sendo o meio televisivo aquele que indicia maior stress ocupacional no plano do apoio de superiores e colegas).

As estruturas internas de *coping* parecem, contudo, exercer um efeito amortecedor do stress laboral na amostra estudada. Na nossa investigação, o SOC revelou-se directamente proporcional ao apoio de superiores e colegas, tendo-se verificado ainda que um elevado sentido de coerência corresponde a uma menor percepção de stress no plano das exigências funcionais.

À luz do modelo salutogénico, *peessoas com SOC forte tendem a definir estímulos como não stressantes, irrelevantes ou benignos* (Antonovsky, 1987: 134). A confiança subjacente de que as coisas podem, no futuro, correr bem, a ideia de que se dispõe de recursos para lidar com as situações, e de que o que é confuso se pode tornar compreensível por existir um potencial para resolver as tensões, constitui um poderoso recurso pessoal.

Como acrescenta o autor, *o stressor avaliado como perigoso desencadeia na pessoa com um SOC forte, tristeza, medo, dor, culpa e preocupação. Numa com um SOC fraco, desencadeia ansiedade, fúria, vergonha, abandono e revolta. O que distingue estes dois conjuntos de emoções é que o primeiro fornece uma base para a acção, enquanto o segundo é paralisante. No primeiro caso as emoções são focalizadas, no segundo, difusas* (Antonovsky, 1987: 136).

Nesta abordagem, as emoções focalizadas são mais consonantes com a ideia de que os problemas são compreensíveis, pelo que conduzem mais provavelmente a mecanismos de coping, ao passo que as emoções difusas tendem a resultar em mecanismos de defesa inconscientes. Para o autor, a pessoa com um SOC fraco acaba por encarar os aspectos negativos o stressor, e a guiar-se por parâmetros emocionais na resolução da tensão desencadeada pelo stressor. Do mesmo modo, tende a desistir de qualquer tentativa para tornar o stressor compreensível, convencida da inevitabilidade do caos.

Neste contexto, as regras do panorama mediático informativo podem ter um papel a desempenhar na forma como os seus actores se comportam, tendo em vista a manutenção ou promoção do estatuto profissional (evolução na carreira).

As pistas facultadas neste domínio por autores portugueses apontam para as pressões inerentes aos novos conceitos de fazer jornalismo (Correia, 1997) e outras, que são exercidas internamente (Garcia, 1998), traduzindo-se, eventualmente, numa atitude conformista<sup>4</sup>, parecem não estar longe do que se passa além fronteiras. A sondagem sobre stress efectuada pela Associated Press, em 1995, já mencionava que os editores atribuíam as principais causas de stress à credibilidade da empresa e à auto-imposição de standards de qualidade. Na sequência desta pesquisa, a Sociedade Americana de Editores (ASNE) avançou novos dados: *os editores de 80% dos jornais com uma tiragem igual ou inferior a 50 000 exemplares mostraram-se preocupados com a*

<sup>4</sup> Ainda que esta ideia seja referida por autores e tenha expressão em tertúlias/encontros da classe, não existem estudos quantificados que permitam mais rigor na análise.

*qualidade das reportagens, a forma como eram redigidas e sobre a relevância e rigor dos conteúdos* (Franklin, 1998:1).

A progressiva tendência para uma informação mais sensacionalista, somada à crescente competitividade no sector, podem condicionar, de forma determinante, a função do jornalista. Citando novamente Daniel Ricardo, *para o jornalista manter o lugar, ou tende a assumir uma postura conformista, ou convence-se de que o seu trabalho é legitimado pelo aumento das vendas/audiências, e que tem utilidade pública. Mas nem sempre consegue evitar uma profunda incomodidade.*

Provavelmente, as pessoas com elevado sentido de coerência tendem a ser mais capazes de introduzir ordem e significado a situações problemáticas, reduzindo a ambiguidade, com efeitos vantajosos na gestão do stress.<sup>5</sup>

Entre o conformismo, o abandono da profissão e a postura resistente (ver *pág. 7*), a última opção será talvez a que mais se aproxima de uma gestão bem sucedida do stress ocupacional, sendo de admitir neste caso a influência mediadora do sentido de coerência.

#### **4. Sentido de Coerência e Resultados de Saúde**

Uma pessoa com um SOC forte mobiliza recursos materiais, bem como intra e interpessoais, aos níveis emocional e cognitivo, para resolver problemas. Segundo Antonovsky, um forte sentido de coerência predispõe o indivíduo a mobilizar recursos neuro-imunológicos e neuro-endócrinos, através o sistema nervoso central, impedindo danos no organismo, ou seja, evitando que as tensões se transformem em stress.

Os resultados do nosso estudo sugerem que a percepção do estado de saúde está directamente relacionada com o SOC: quanto mais elevado for, melhor é a percepção do estado de saúde. Também neste caso, os resultados corroboram a tese segundo a qual esta variável tem um efeito protector e promotor da saúde. Pessoas com elevado SOC serão mais facilmente capazes de ter condutas saudáveis, envolvendo-se menos em comportamentos de risco. Talvez isso explique o facto de, na nossa amostra, a um

<sup>5</sup> Antonovsky mencionou, a este propósito, o pressuposto subjacente a diversas investigações de stress ocupacional e vários programas de gestão do stress no trabalho: as exigências funcionais seriam razoáveis, sendo necessário formar o trabalhador no senti de ajusta-se aos stressores, passando a mensagem de que seria ele o culpado. No seu entender, uma pessoa com um SOC fraco, insegura quanto à sua competência, aceitaria facilmente este pressuposto, enquanto que uma com um SOC forte seria capaz de reenquadrar a questão, atribuindo a culpa à fonte certa.

maior SOC corresponde um menor número de queixas psicossomáticas e de estados de ansiedade.

## 5. Conclusão

Uma vez confrontados os resultados com o objectivo geral do trabalho, podemos afirmar, com uma margem de confiança significativa, que a percepção do stress no trabalho, nomeadamente no plano da capacidade de decisão e das condições de trabalho, condiciona os resultados de saúde: estes serão tanto mais positivos quanto maior for a margem de decisão e quanto melhores as condições percebidas no exercício da função, e vice-versa. O sentido de coerência, enquanto predisposição psicológica, parece igualmente exercer influência no modo como é percebida - e gerida - uma situação potencialmente stressante, a ponto de condicionar igualmente os resultados de saúde.

Podemos concluir que o modo como são percebidos os stressores na esfera profissional, bem como o grau de coerência atribuída aos eventos e à capacidade própria para lidar com eles, parecem afectar a qualidade de vida da amostra de jornalistas estudada. A variação de cada um destes factores condiciona, de modo significativo, a percepção do estado de saúde, tal como as queixas psicossomáticas e o estado de ansiedade.

É nossa intenção referir ainda uma limitação do nosso estudo, que pode ser levada em consideração para futuras investigações: a associação entre a doença da pressa e as perturbações cardiovasculares (referenciadas na literatura sobre o assunto e apontadas pela Casa da Imprensa como um dos sintomas mais frequentes na classe) não foi avaliada no presente trabalho, devendo ser considerada a sua operacionalização em trabalhos posteriores.

Por outro lado, parece-nos importante considerar, não apenas a avaliação subjectiva do sujeito do seu estado de saúde e/ou perturbações desse estado, mas também a avaliação objectiva - resposta fisiológica - da resposta de stress. Assim, seria possível comparar os resultados obtidos - exemplo: nível de catecolaminas, cortisol, adrenalina, nível de acidez na urina - com a avaliação subjectiva dessa resposta. E assim, talvez fosse possível compreender um pouco mais dos mecanismos que conduzem ao "vício da adrenalina", bem como à associação entre o ritmo e duração do trabalho com a percepção de bem-estar.

## NOTAS FINAIS

"Life is hard and then you die"

Peter Hammil (compositor norte-americano)

Élebre livro de Lewis Carroll, o coelho que Alice encontra na sua aventura a-se extremamente apressado, e à pergunta "onde vais com tanta pressa?", ele responde "é tarde, é muito tarde!" Afadigado na sua corrida contra o tempo, se deu conta do processo insano em que estava envolvido: "Quanto mais pressa eu vou, mais para trás fico".

mensagem, extraída do livro infantil "Alice no País das Maravilhas", aproxima-se da filosofia budista, e espelha o paradoxo do tempo nas nossas vidas.

A filosofia ocidental, assente na sociedade de consumo, faz-nos crer que poupamos tempo ao gastar tempo em actividades triviais e rotineiras, tendo acesso a uma panóplia de dispositivos positivos que nos facilitam a vida.

Atualmente, a tecnologia deveria proporcionar-nos uma melhor qualidade de vida, com menos complicações e pressões. No entanto, os efeitos secundários destes avanços tecnológicos em mais exigências. A tendência para ter mais actividades, além das que já se tem, parece ter invadido as nossas formas de estar, e alterado consideravelmente o nosso modo de ser.

Quando nos impormos limites no sector profissional, estamos perder horas de sono e tempo de lazer. Tendemos a deixarmo-nos absorver pela estimulação que nos é oferecida, em detrimento de estabelecer prioridades para gerir o tempo que temos. Nas actividades que cada dia nos confere, não sobra espaço para a tão desejada qualidade de vida. Muito pelo contrário, a adrenalina que libertamos e os comportamentos de fuga à tensão para libertar a tensão tendem a agravar o nosso equilíbrio.

Atualmente, são muitos os manuais de auto-ajuda disponíveis no mercado. Trazem dicas e fórmulas para melhor gerir o tempo e fórmulas que, supostamente, se aplicam a todos por igual. Mas parte-se do princípio que os destinatários conseguem estabelecer as suas prioridades e cumpri-las, como se estivessem, efectivamente, na perspectiva de quem escreveu esses manuais de auto-ajuda.

Na Psicologia, não existem dois seres humanos iguais: cada um é um sistema único, formado por si e pelas suas circunstâncias. Essas diferenças que fazem de cada ser humano uma entidade única, parecem retratadas apenas de forma vaga pelos

recentes "pacotes" de auto-ajuda, que se revelam bem mais simples que um manual de instruções para ligar, por exemplo, um computador.

Esta evidência aponta para a dificuldade real de definir objectivos de vida, que, em última instância, se revelam mais importantes para o indivíduo que todos os outros (objectivos laborais, familiares, sociais). Conhecer aquilo que mais diz, pessoalmente, a alguém, parece ser o primeiro passo para estabelecer um conjunto de metas a atingir, para as quais ele esteja efectivamente motivado e preparado para cumprir. O psicólogo Stan Maes, recentemente em Portugal, destacou especificamente este aspecto na concepção de programas para gestão de stress no trabalho, programas estes que existem, em pelo menos, 60% das empresas americanas, com resultados favoráveis ao nível da produtividade e do clima organizacional (ver anexos).

No seu livro "O sentimento de Si", o investigador António Damásio vai ao cerne da questão, quando afirma:

A ideia que cada um de nós elabora acerca de si mesmo, a imagem que gradualmente construímos de quem somos física e mentalmente, e do nosso estatuto social, baseia-se na memória autobiográfica, é construída ao longo de anos de experiência e é constantemente sujeita a remodelação (...) grande parte dessa construção ocorre de forma não consciente, e a própria remodelação também não é consciente. (...) As mudanças que ocorrem no si autobiográfico ao longo da vida de uma pessoa não se devem apenas à remodelação do passado já vivido, mas também à elaboração e remodelação do futuro antecipado. Um dos aspectos-chave da evolução do si envolve o equilíbrio destas duas influências. (...) As nossas atitudes e as nossas escolhas são, em grande parte, a consequência de uma "ocasião de personalidade" que os organismos vivos inventam ao correr do tempo (Damásio, 2000:259).

Cabe ao psicólogo que exerce a sua actividade no domínio da saúde responder ao desafio: toda e qualquer mudança desejável, no seio de uma organização, deve ter em linha de conta, em primeiro lugar, o grau de adesão de cada um dos seus membros. Neste caso, a importação de modelos de sucesso pode não ser a fórmula desejável, ainda que o conhecimento desses modelos facilite a compreensão dos processos inerentes à natureza humana e à dinâmica de grupo, em especial no trabalho de equipa.

Todo e qualquer programa de intervenção na gestão do stress deverá assim obedecer a uma avaliação prévia dos aspectos acima mencionados, sob pena de ficar condenado ao fracasso, por falta de adesão das pessoas a que se destina.

## **1. Exemplo de Projecto para Gestão do Stress e da Saúde Emocional.**

A inventariação que a seguir se apresenta pretende esquematizar os diversos níveis de intervenção do Psicólogo que tem uma especialização em Saúde, seja integrado numa empresa, seja no seio de um serviço de saúde, no âmbito da investigação aplicada, ou ao nível de instituições comunitárias vocacionadas para a informação ao cidadão/doente, no âmbito da Gestão do Stress (e respectivos contextos).

### **a) Reestruturação Cognitiva**

- Técnicas cognitivas
- Recurso ao humor e aprendizagem do pensamento positivo
- Treino de auto-estima

### **b) Técnicas de Relaxamento**

- Biofeedback
- Técnicas de controlo da respiração
- Uso da hipnose
- Recurso a tecnologias de Infrason
- Práticas de meditação
- Visualização e Imagens mentais

### **c) Reestruturação Situacional**

- Técnicas de gestão do tempo
- Treino de Assertividade
- Reforço da rede social de suporte (para crises ao longo das diversas fases do ciclo de vida)

### **d) Intervenção na resposta fisiológica crónica (treino de resistência para enfrentar o stress emocional)**

- Perspectiva nutricional
- Técnicas de gestão do stress e exercício físico
- Tai Chi, yoga e outras práticas associadas ao restabelecimento do equilíbrio corpo/mente

### **e) Stress no local de trabalho**

- Estudos epidemiológicos sobre respostas ao stress em vários segmentos da população portuguesa



- Investigação aplicada ao nível das formas de diagnóstico do stress nos serviços de saúde e/ou escolares e/ou serviços de medicina do trabalho das empresas
- Treino de competências, a nível formativo, dos profissionais de saúde, para gestão do stress eventualmente associado à profissão
- Treino de competências, a nível formativo, dos profissionais que apresentam queixas associadas a stress (do contexto escolar ao tecido empresarial)
- Avaliação de programas de gestão do stress
- Criação de Gabinetes de informação/aconselhamento (em serviços de saúde, por via de organizações não governamentais ou através de linha verde), vocacionados para a auto-ajuda ao nível da Gestão do Stress no Trabalho<sup>1</sup>
- Levantamento de Instituições, a nível nacional (público e privado), vocacionadas para a Gestão do Stress (para posterior divulgação de directório).

Ainda que esta constitua uma proposta alargada do que pode ser a intervenção do Psicólogo na área da Gestão do Stress, há que ter em conta a forma como deve ou não ser veiculada toda e qualquer informação ou ajuda, sobretudo no caso de pessoas com doenças crónicas e/ou incapacitantes.

Em face da existência real de diferenças de carácter individual na reacção das pessoas perante a informação que lhes é prestada, torna-se indispensável reconceptualizar o processo informativo e adequá-lo a cada caso, já que essas diferenças modulam o carácter adaptativo ou desadaptativo da informação (Dias, 1997)<sup>2</sup>. Esta atitude "vigilante" por parte dos técnicos de saúde pode beneficiar em muito o diálogo entre os serviços de medicina no trabalho e/ou de gestão de recursos humanos e os trabalhadores das empresas.

Lisboa, 15 de Março, 2001.

*Clara Soares*

---

<sup>1</sup> Estes Gabinetes poderiam, inclusivamente, funcionar noutros canais de comunicação como seria a criação de uma página virtual divulgada pelo Ministério da Saúde, por exemplo, cujo conteúdo se destinari, por um lado, a profissionais de saúde e investigadores, e por outro, ao público em geral, sendo de considerar, simultaneamente, as vertentes laboral, familiar e pessoal do stress. O objectivo último seria sempre o de esclarecer e munir o cidadão de mais recursos para prevenir a doença, e promover a saúde, tendo em conta uma melhor qualidade de vida (quer no caso da gestão de aspectos ligados à doença, quer na gestão de crises associadas a vivências pessoais e profissionais).

<sup>2</sup> Estas diferenças estão directamente relacionadas com as estratégias de coping - mais activas ou mais passivas - por parte do doente.

## REFERÊNCIAS

- Ader, R., Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
- Adler, J. (1999). O mal do século. *EXPRESSO*, 1403, 76-86.
- Adler, N. (1994). Health Psychology: Why Do Some People Get Sick and Some Stay Well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-59.
- Allan, R., Scheidt, S. (1990). Life style: Its effect and modification for the prevention of sudden cardiac death. In E. Sarafino (Ed.), *Health Psychology* (pp.127-129). New York: John Wiley.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4rd. edition, DSM-IV). Washington, DC: APA
- Andringa, D. (1998). Autonomia, identidades e práticas jornalísticas. In 3º Congresso dos Jornalistas Portugueses - *Jornalismo real, jornalismo virtual* (pp.191-192). Lisboa: Comissão Executiva do III Congresso dos Jornalistas Portugueses.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 6, 725-733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1 (11). Oxford University Press.
- APME Stress Survey (1995). Portland: Associated Press Managing Editors Association.
- Araújo, B., Soares, C. (2000). Esmagados no trabalho. *Visão*, 362, 64-69.
- Baer, J. S., Holt, C. S., & Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 846-852.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. In J. Wiley & Sons (Eds.). *International Review of Health Psychology*, (Volume 3, pp. 37-63).
- Bergers, G.P.A., Marcelissen, F.H.G. & Wolff, Ch.J. (1986). *Dutch Questionnaire Organization Stress* (Trans.). Nijmegen: University of Nijmegen.

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social Networks Host Resistance and Mortality: a Nine-Year Follow-up of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109 (p.190).
- Breed, Warren (1993). Controlo social na redacção: uma análise funcional. In N. Traquina (1993). *Jornalismo: questões, Teorias e «Estórias»*. Lisboa: Vega.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York: McGraw-Hill.
- Caplan, R. D., Cobb, S., Frenh, J. R. P., Van Harrison, R. & Pinneau, S. R. (1975). Job Demands and Worker Health. In C. L. Cooper & R. Payne (Ed.). *Causes, Coping & Consequences of Stress at Work* (pp. 3-49). Chichester: John Wiley & Sons.
- Cannon, W. B. (1929). Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp.55-56). New York: The Free Press.
- Carmargo, C. A., Vranizan, K. M., Thorensen, C. E., & Wood, P. D. (1986). Type A behavior pattern and alcohol intake in middle-aged men. *Psychosomatic Medicine*, 48, 575-581.
- Carver, C. S., Diamond, E. L., & Humphries, C. (1985). Coronary prone behavior. In E. Sarafino (Ed.), *Health Psychology* (pp.123-125). New York: John Wiley.
- Cohen, S., Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109, 5-24.
- Correia, F. (1997). *Os jornalistas e as Notícias*. Caminho, Lisboa.
- Correia, F. (1998). Os media, o negócio e os jornalistas. In 3º Congresso dos Jornalistas Portugueses - *Jornalismo real - jornalismo virtual*. Lisboa: Comissão Executiva do III Congresso dos Jornalistas Portugueses.
- Conrad, P. (1988). Worksite health promotion: the social context. *Soc. Sc. Med.*, 26 (5), 485-489.
- Cooper, C. L. (1986). Job distress: recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325-31.
- Cooper, C. L. (1987). The experience and management of stress: Job and organizational determinants. In C. Cooper (Ed.). *Psychology at Work* (pp. 188-223). Chichester: Wiley
- Cruz, J. F. A. (1996). *Stress, Ansiedade e Rendimento na Competição Desportiva*. Universidade do Minho: Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

- De Linares, Jacqueline (2001). Stress: Le mal du nouveau siècle. *Le Nouvel Observateur*, 1887, 10-20.
- Dhondt, S. & Houtman, I.L.D. (1992). *NOVA-WEBA* (in Dutch). Leiden: TNO Institute for Preventive Health.
- Elliot, P. (1978). Professional ideology and organizational change: the journalist since 1800. In G. Boyce, J. Curran and P. Wingate (Eds.), *Newspaper history: From the seventeenth century to the present day*. London: Sage Publications.
- Estryn-Behar, M. (1990). Impact of nightshifts on male and female hospital staff. *Conditions of Work Digest*, 2 (11).
- Everly, G. S., Jr. (1989). A clinical guide to the treatment of the human stress response. In P. M. Nicassio and T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness - A Biopsychosocial Perspective* (p.229). Washington: American Psychological Association.
- Ferreira, T. J. (1999). *A Saúde de Quem Trabalha em Saúde: Enfermeiros e Stress no Trabalho em Toxicodependência* (Dissertação de Mestrado). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Fisher, S. (1990). Life Stress, Control Strategies and the Risk of Disease: A Psychological Model (pp. 581-602). In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Frankenhaeuser, M. (1986). A psychobiological framework for research on human stress and coping. In M. Appley & R. Trumbull (eds.). *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives*. New York: Plenum.
- Franklin, J. (1998). *How to keep training when budgets are tight*. American Society of News Editors On-Line.  
Available: [www.asne.org/kiosk/editor/98.july/franklin1.htm](http://www.asne.org/kiosk/editor/98.july/franklin1.htm)
- French, J.R.P., Caplan, R. D. (1970). Psychosocial factors in coronary heart disease. In In C. L. Cooper & R. Payne (Ed.). *Causes, Coping & Consequences of Stress at Work* (pp. 3-49). Chichester: John Wiley & Sons.
- French, J.R.P., Caplan, R. D., Van Harrison, R. (1982). *The Mechanisms of Job Stress and Strain*. John Wiley and Sons, Chichester.
- Frese, M., Okonek, K. (1984). Reasons to leave shift-work and psychological and psychosomatic complaints of former shift-workers. *Journal of Applied Psychology*, 69, 509-14.

- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). Type A behavior and your heart. In J.L.P.Ribeiro (Ed.), *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Fylkesnes, K., Forde, O. (1991). The Tromso study: Predictors of self-evaluated health - has society adopted the expanded health concept? *Soc. Sci. Med*, 32(2), 141-146.
- Ganster, D. C. (1989). Worker control and well-being: A review of research in the workplace. In S.L. Sauter, J.J. Sauter, C.L. Cooper (Eds.). *Job Control and Worker Health* (pp 3-23). New York: Wiley.
- Ganster, D., Schaubroeck, J. (1991). Work stress and employee health. *Journal of Management*, 17, 235-271.
- Garcia, L., e Castro, J. (1994). Os jornalistas portugueses - Da recomposição social e estratégias profissionais. *Cadernos de Jornalismo*, 1, 40-41. Lisboa: Sindicato dos Jornalistas.
- Garcia, L. (1998). Segundo Inquérito Nacional aos Jornalistas Portugueses (Resumo das Principais Tendências). Comunicação apresentada no 3º Congresso dos Jornalistas Portugueses - *Jornalismo real, jornalismo virtual*. Lisboa: Comissão Executiva do III Congresso dos Jornalistas Portugueses.
- Geadá, M. (1994). Sentido Interno de Coerência, Clima Familiar e Comportamentos de Risco de Consumo de Drogas na Adolescência. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 315-321.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K., Speicher, C. E. & Holliday, J. E. (1985). Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. In F. X. Labrador (Ed.). *Stress* (p. 134). Lisboa: Temas da Actualidade.
- Glaser, R., Rice, J., Sheridan, J., Fertel, R., & Stout, J. (1987). Stress-related immune suppression: health implications. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Temas & Debates.
- Gomes, A., R. (1998). *Stress e Burnout nos Profissionais de Psicologia* (Dissertação de Mestrado). Braga: Universidade do Minho.
- Graça, L., Reis, M. J. (1992). *Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos na saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Graça, L., e Nunes, J. (1996). *Percepção de factores e sintomas de stress nos serviços de saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Graça, L. (1997). *Portugal: To work without distress in a non-profit banking culture*. Lisboa: Escola de Saúde Pública.

- Gray, P. (1978). The structures and contexts of media production. *International Association for Mass Communication Research*. London: Adams Bros. & Shardlow, Ltd.
- Greener, M. (1998). *Como lidar com o stress* (trad. port.), 88-89. Lisboa: EDIDECO.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J. (1990). Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. *Psychological Reports*, 1990, 66, 355-373.
- Guerreiro, C. V. (1998, Setembro 11). A loucura do dia-a-dia. *Tal & Qual*, p.11.
- Harmsen P., Rosengren A., Tsipogianni, A., & Wilhelmsen, L. (1990). Risk factors for stroke in middle-aged men in Goteborg, Sweden. *Annual Review of Psychology*, 45,232.
- Hebb, D. O. (1955). Drives and the C.N.S. (conceptual nervous system). In E. Sarafino (Ed.), *Health Psychology* (pp.97-98). New York: John Wiley.
- Horta, I. (1998). Uma imagem de classe. In 3º Congresso dos Jornalistas Portugueses - *Jornalismo real, jornalismo virtual* (pp. 205-206). Lisboa: Comissão Executiva do III Congresso dos Jornalistas Portugueses.
- Jemmont III, J. B., Hellman, C., McClelland, D. C. et al. (1990). Motivational syndromes associated with natural killer activity. In E. Sarafino (Ed.), *Health Psychology* (p.126). New York: John Wiley.
- Jesuino, J. C. (1992). O factor de liderança como regulador do stress. *Revista de Psicologia Militar*, 1.
- Kamen, L. P., & Seligman, M. E. P. (1989). Explanatory style and health. In E. Sarafino (Ed.), *Health Psychology* (p.113). New York: John Wiley.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Design. In C. L. Cooper, R. Payne (Eds.), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work* (p. 17). Chichester: Wiley.
- Karasek (1985). Job Content Questionnaire and Users Guide. In M. Kompier, L. Levy (Eds), *Stress at work: causes, effects and preventions guide for small and medium enterprises* (pp.46-49). Brussels: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

- Karasek, R. A. (1989). Control in the workplace and its health-related aspects. In S.L. Sauter, J.J. Hurrell, & C.L. Cooper (Eds.), *Job Control and Worker Health* (pp 129-159). New York: Wiley.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R. (1995). JCQ's User's Project Summary '95. *Job Stress Network (On – line)*. Available: <http://www.uml.edu/Dept/WE/jcq.htm>
- Kasl, S. V. (1978). Epidemiological Contributions to the Study of Work Stress. Citado por Vaz Serra, A. (Ed.), *O stress na vida de todos os dias* (pp. 479). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Kasl, S. V., Rodriguez, E. & Lasch, K. E. (1998). The impact of unemployment on Health and Well-Being. In Vaz Serra, A. (Ed.), *O stress na vida de todos os dias* ( pp 506). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Kennedy, S., Malkoff, S., Speicher, C. E. & Glaser, R. (1988). Marital discord and immunity in males. In F. X. Labrador (Ed.), *Stress* (p.134). Lisboa: Temas da actualidade.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, O. J., & Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. In E. Sarafino (Ed.), *Health Psychology* (p.126). New York: John Wiley.
- Kompier, M., Levy, L. (1993). *Stress at work: causes, effects and preventions guide for small and medium enterprises*. Brussels: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Kobasa, S.C., Maddi S. R. (1977). Existencial personality theory. In A. Antonovsky (Ed.), *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Labrador, F. X. (1992). *Stress*. Lisboa: Temas da actualidade
- Landsbergis, P., Schurman, S., Israel, B., Schnall, P., Hugentobler, M., Cahill, Baker, D. (1993). *Job Stress and Heart Disease: Evidence and Strategies for Prevention*. New Solutions (On –line). Available: [www.workhealth.org/prevent/prjscvd.htm.html](http://www.workhealth.org/prevent/prjscvd.htm.html)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.

- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. Pervins, & M. Lewis (Eds.), *Internal and external determinants of behavior*. New York: Plenum.
- Lazarus, R. (1991). *Emotions and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.
- Mathien, M. (1992). *Les Journalistes et le Système Médiatique*. Paris: Hachette.
- McIntyre, T., M. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que Tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 53-71.
- Mendes, A. C. (1998). Stress, Estratégias de lidar com o stress e Imunidade. In Vaz Serra, A. (Ed.), *O stress na vida de todos os dias* (pp. 288-289). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Michal, M. (1991). *Stress*. Basel: Roche.
- Morris, T., Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. In E. Ibáñez, R. Romero, & Y. Andreu (Eds.), *Boletín de Psicología*, 35, 49-79.
- Murphy, L. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work* (pp. 301-339). New York: Wiley.
- Northwestern National Life Insurance (1992). Part 1: Employee stress levels. In *Conditions of Work Digest*, (volume 11, 2).
- Paffenbarger, R. S., Hyde, R. T., Wing, A. L. & Steinmetz, C. H. (1984). A natural history of athleticism and cardiovascular health. *Journal of the American Medical Association*, 252, 491-5.
- Pereira, R. (1998). A responsabilidade social dos jornalistas. *Are so happy?* In 3º Congresso dos Jornalistas Portugueses - *Jornalismo real - jornalismo virtual* (pp 174/7). Lisboa: Comissão Executiva do III Congresso dos Jornalistas Portugueses.
- Picavet, A., Nossikov, A. (1996). Health interview surveys - Towards international harmonization of methods and instruments. *Who Regional Publications, European Series*, 58.



- Ponciano, E., Vaz Serra, A., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra da população portuguesa - Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3, (4), 191-202.
- Relman, A. (1988). Assessment and accountability: the third revolution in medical care. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P (1994). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-192.
- Ribeiro, J.L.P.(1996). Saúde e desenvolvimento. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 177-190.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Roeh, I. (1989). Journalism and storytelling, coverage as narrative. *American behavioral scientist*, 13.
- Rolim, M. L. (1999). Quatro décadas de Portugal - Nós e os outros. *EXPRESSO*, 1418(1), p. 19.
- Rosen, J. (1993). Para além da objectividade. In N. Traquina (Ed.), *Revista de Comunicação e Linguagens*, 27,139-150.
- Rosch, P. (1997). Is stress inherited? In J. P. Ribeiro (Ed.), *Psicologia e Saúde* (pp. 330-331). Lisboa: ISPA.
- Ross, R. R., Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in Occupational Stress*. London: Sage Publications.
- Santos, C. (1998). *O Impacto das Estratégias de Coping no Stress Ocupacional* (Tese de Mestrado). Lisboa: ISPA.
- Saboga Nunes, L.A. (1997). *A Gestão do Stress e o Sentido Interno de Coerência* (Ensaio Monográfico). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology* (p. 135). New York: Wiley.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., & Sarason, B. R. (1982). Assessing the impact of life changes. In J.L.P. Ribeiro (Ed.), *Psicologia e Saúde* (p.325). ISPA: Lisboa.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., eds (1985). Social support: Theory, Research and Applications. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-79.

- Sauter, S. L., Murphy, L. R. & Hurrell, J.J. (1990). Prevention of work-related psychological disorders: A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *American Psychologist*, *45*, 1-25.
- Schar, M., Reeder, L. G. & Dirken, J. M. (1973). Stress and cardiovascular health: an international cooperative study-II. The male population of a factory in Zurich. *Social Science and Medicine*, *7*, 585-603.
- Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, *15*, 381-411.
- Schneiderman, N., & Hammer, D. (1985). Behavioral medicine approaches to cardiovascular disorders. In E. Sarafino (Ed.), *Health Psychology* (p.130). New York: John Wiley.
- Schwed, P. (1998). *Editors to workers: Train, innovate, smile*. American Society of Newspapers Editors (On-Line).  
Available: [www.asne.org/kiosk/editor/98.june/schwed1.htm](http://www.asne.org/kiosk/editor/98.june/schwed1.htm)
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. *Annual Review of Psychology*, *40*, 533-79.
- Sigelman, L. (1973). Reporting the news: an organizational analysis. *American Journal of Sociology*, *44*(3).
- Silva, A. (1999). Vai-te embora, stress! *VISÃO*, *319*, 112-118.
- Silvério, J. M., Silva, C. (1997). A saúde do profissional da saúde: contributos das cronociências. In J. L. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 31-39). Braga: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, *11*, 139-150.
- Smulders, P.G.W., Winter, C.R. & Grundemann, R.W.M. (1992). *The Dutch Work and Health Questionnaire*. Leiden: TNO Institute for Preventive Health.
- Sparagon, B. (1995). *Reaction to the Stress Survey*. Portland: Associated Press Managing Editors Association.
- Spurlock, Jeanne (2000). How Stress Affects the Body. *Women's Complete Healthbook*. American Medical Women's Association (On-Line).  
Available: [www.amwa-doc.org/publicatins/WCHHealthbook/stressmwa-h09.html](http://www.amwa-doc.org/publicatins/WCHHealthbook/stressmwa-h09.html)
- Stewart, A., Hays, R., & Ware, J. (1992). Health perceptions, energy/fatigue, and health distress measures. Measuring functioning and well-being: The medical

- outcomes study approach. *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 208-218.
- Suls, J., Sanders, G. S. (1988). Type A behavior as a general risk factor for physical disorder. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 210-226.
- Sutherland, V. J., Cooper, C. L. (1990). *Understanding stress: a psychological perspective for health professionals*. Chapman and Hall.
- Sweetman, M. Munz, D., & Wheeler R. (1993). Optimism, hardiness, and explanatory style as predictors of general well-being among attorneys. *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 208-218.
- Teixeira, J. A. C., Leal, I. (1994). Psicologia da Saúde nos Cuidados Primários. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 345-348.
- Traquina, N. (2000). Jornalismo 2000: O estudo das notícias no fim do século XX. *Revista de Comunicação e Linguagens*, 27, 15-31.
- Tuchman, G. (1976). Telling stories. *Journal of communication*, 26(4).
- Tuchman, G. (1978). *Making news*. New York: The Free Press.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Vaz Serra, A., Ponciano, E., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra da população portuguesa - sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, 3(4), 203-213.
- Warner, M. (1971). Organizational content and control of policy in a television newsroom: a participante observation study. *British Journal of Sociology*, 22 (3).
- Warr, P. B., Payne, R. L. (1982). Unpleasant emotional strain and feelings of pleasure: point prevalence, atributions of cause and coping responses. In C. L. Cooper, R. Payne (Eds.), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work* (p. 17). Wiley.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 82, 228-232.
- Wiebe, D. J., McCallum, D. M. (1986). Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychology*, 5, 425-438.
- Wright, L. (1988). The Type A behavior pattern and coronary artery disease. *American Psychologist*, 43, 2-14.
- Zelizer, B. (1993). Has communication explained journalism? *Foundations of Communications Research* (On – line).

Available: [funnelweb.utcc.utk.edu/~rcostain/c612tmp.html](http://funnelweb.utcc.utk.edu/~rcostain/c612tmp.html)

Zung, W.K. (1979). Assessment of Anxiety Disorder: Qualitative and Quantitative Approaches. In W.E. Fann, I. Karacan, A.D. Pokorny & R.L. Williams (Eds.), *Phenomenology and Treatment of Anxiety*, 1-17. New York: SP Medical & Scientific Books.

Zurawski, Nils (1998). *Beyond the Global Information Frontiers: What Global Concepts Are There on the Internet and Why? Foundations of Communications Research* (On – line).

Available: [funnelweb.utcc.utk.edu/~rcostain/c612tmp.html](http://funnelweb.utcc.utk.edu/~rcostain/c612tmp.html)

## INSTRUÇÕES:

Os questionários que se seguem pretendem avaliar a *percepção e resistência ao stress, e seus efeitos na qualidade de vida dos jornalistas* (detentores de carteira profissional).

A sua colaboração, anónima e confidencial, é indispensável para a concretização deste trabalho, inserido no mestrado em psicologia da saúde, realizado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada - I.S.P.A., e coordenado pelos professores doutores Isabel Leal e José Luis Pais Ribeiro (orientador da minha tese).

Na qualidade de licenciada em psicologia e autora deste trabalho de investigação, estou ao dispor de quantos colaborarem na resposta aos questionários, no sentido de dar a conhecer a tese final, bem como os resultados parciais que forem sendo recolhidos.

Obrigada pela sua colaboração.

## DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Assinale com um X a escolha correcta, e preencha os campos que não têm escolha múltipla:

SEXO: Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Solteiro \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_  
Outro \_\_\_\_\_

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LOCAL DE TRABALHO: TV \_\_\_\_\_ Rádio \_\_\_\_\_ Imprensa \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_

TRABALHA POR TURNOS? Não \_\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_\_

SE SIM, EM QUE TURNO? Dia \_\_\_\_\_ Noite \_\_\_\_\_

NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO DIÁRIO (em média):  
\_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO EXERCE A  
PROFISSÃO? \_\_\_\_\_

## ESTADO DE SAÚDE(ES)

Como descreve o seu estado de saúde ao longo deste último ano? (Assinale o número com um círculo).

1	2	3	4	5
Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca

**QUESTIONÁRIO "STRESS NO LOCAL DE TRABALHO (JCQ)"***Instruções:*

Responda a cada questão assinalando a resposta que mais se aproxima da sua situação de trabalho. Pode acontecer que nenhuma das respostas corresponda exactamente à sua realidade profissional. Nesse caso, opte pela resposta que lhe pareça mais próxima.

<i>Exigências Funcionais</i>	Sim	Não
1. O meu emprego exige que trabalhe muito depressa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não me é pedido que faça uma quantidade de trabalho excessiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O meu emprego exige que trabalhe arduamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho tempo suficiente para fazer o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O meu trabalho é muito agitado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Capacidade de Decisão</i>	Sim	Não
6. O meu emprego permite-me tomar muitas decisões autónomas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No meu emprego, tenho muito pouca liberdade para decidir como fazer o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A minha opinião pesa na maneira como faço o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Posso definir a ordem em que o meu trabalho deve ser feito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Posso determinar quando uma tarefa deve ser feita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho facilidade em sair por momentos do meu local de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Posso interromper o meu trabalho se assim o entender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Posso determinar o meu ritmo de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(cont.)

*Definição de Competências*

- |  | Sim                      | Não                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 14. O meu trabalho implica um elevado nível de competências.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. O meu trabalho permite-me fazer coisas diversificadas.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. O meu trabalho implica a aprendizagem de coisas novas.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. O meu trabalho exige que eu seja criativo(a).                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Tenho oportunidade de desenvolver as minhas próprias competências. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. O meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Condições de Emprego*

- |  | Sim                      | Não                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 20. Posso determinar o momento em que começo e acabo de trabalhar.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Posso determinar quando preciso de uma pausa.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sei qual é o meu horário de trabalho com mais de um mês de antecedência. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Posso decidir quando quero tirar dias de folga.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Tenho um emprego seguro.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Apoio de Superiores e Colegas*

- |   | Sim                      | Não                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. O ambiente de trabalho é bom.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. No trabalho, as pessoas enervam-me com frequência.                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Posso pedir ajuda a um ou mais colegas, se precisar.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. A gestão diária do meu sector é boa.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. A minha opinião é razoavelmente tida em conta na gestão diária.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Os meus superiores têm uma ideia precisa da forma como eu trabalho. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. No meu trabalho, conto com a ajuda dos meus superiores.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Sou suficientemente informado do que se passa na empresa.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## QUESTIONÁRIO "SENTIDO DE COERÊNCIA (SOC)"

*Instruções:*

As questões que se seguem estão relacionadas com aspectos da sua vida. Cada questão tem sete respostas possíveis. Assinale com um círculo o número que expressa melhor o seu modo de sentir. Assinale APENAS UMA resposta por cada questão.

1. Quando fala com os outros, tem a sensação de que não o(a) compreendem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca tenho esta sensação						Tenho sempre esta sensação

2. Quando fez algo que implicava a colaboração dos outros, teve a impressão que:

1	2	3	4	5	6	7
Não seria feito de certeza						Seria feito de certeza

3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente, para além das que lhe são próximas. Até que ponto as conhece bem?

1	2	3	4	5	6	7
São estranhas						São familiares

4. Interessa-se realmente pelo que se passa à sua volta?

1	2	3	4	5	6	7
Raramente ou nunca						Muitas vezes

5. Aconteceu-lhe, no passado, ter ficado surpreendido(a) pelo comportamento de pessoas que julgava conhecer bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Aconteceu sempre

6. Já lhe aconteceu ter ficado desapontado(a) com pessoas com quem contava?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Aconteceu sempre

(cont.)

7. A vida é cheia de:

1	2	3	4	5	6	7
Interesse						Rotina

8. Até hoje, na sua vida:

1	2	3	4	5	6	7
Não conseguiu decidir o que quer ser						Soube exactamente o que quer ser

9. Tem a sensação de ter sido tratado(a) injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Muitas vezes						Raramente ou nunca

10. Nos últimos dez anos a sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Imprevisível e Cheia de mudanças						Programada e tranquila

11. A maioria das coisas que espera fazer no futuro será:

1	2	3	4	5	6	7
Fascinante						Aborrecida

12. Tem a sensação de estar numa situação que não lhe é familiar e sem saber o que fazer?

1	2	3	4	5	6	7
Muitas vezes						Raramente ou nunca

13. Como descreve a sua forma de encarar a vida?

1	2	3	4	5	6	7
Podemos encontrar sempre uma solução para desgostos						Não há solução para os desgostos

14. Quando pensa na sua vida, sente que:

1	2	3	4	5	6	7
Sabe bem estar vivo						Não vale a pena estar vivo (cont.)

15. Quando é confrontado(a) com um problema difícil, a escolha de uma solução é:

1	2	3	4	5	6	7
Difícil de encontrar						Fácil de encontrar

16. O que faz diariamente:

1	2	3	4	5	6	7
Dá-lhe grande satisfação						Aborrece-o(a) e fá-lo(a) sofrer

17. No futuro, acha que a sua vida vai ser:

1	2	3	4	5	6	7
Imprevisível e cheia de mudanças						Programada e tranquila

18. Quando lhe aconteceu algo desagradável no passado, a sua tendência foi:

1	2	3	4	5	6	7
"Remoer" no assunto						Viver com isso e ir em frente

19. Tem ideias e sentimentos confusos?

1	2	3	4	5	6	7
Muitas vezes						Raramente ou nunca

20. Quando faz alguma coisa que lhe dá prazer:

1	2	3	4	5	6	7
Vai continuar a sentir prazer						Vai acontecer algo que estrague isso

21. Acontece-lhe ter sensações que desejaria não ter (raiva, inveja, etc)?

1	2	3	4	5	6	7
Muitas vezes						Raramente ou nunca

22. A previsão que faz da sua vida no futuro é:

1	2	3	4	5	6	7
Sem qualquer sentido ou objectivo						Cheio de sentido e objectivos

(cont.)

23. Acredita que vão existir sempre pessoas com quem vai poder contar no futuro?

1	2	3	4	5	6	7
Certamente que sim						Duvido que sim

24. Acontece-lhe ter a sensação de não saber exactamente o que está para acontecer?

1	2	3	4	5	6	7
Muitas vezes						Raramente ou nunca

25. Muitas pessoas - mesmo as de forte carácter - sentem-se "falhadas" em certas situações. Quantas vezes se sentiu assim no passado?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca						Muitas vezes

26. Quando lhe acontece alguma coisa, constata que:

1	2	3	4	5	6	7
Avaliou mal a situação						Avaliou bem a situação

27. Quando pensa nas dificuldades com que tende a lidar em aspectos importantes da sua vida, tem a sensação que:

1	2	3	4	5	6	7
Vai conseguir vencer sempre as dificuldades						Não vai conseguir vencer as dificuldades

28. Quantas vezes tem a sensação de que as coisas que faz no seu dia-a-dia não fazem sentido?

1	2	3	4	5	6	7
Muitas vezes						Raramente ou nunca

29. Quantas vezes tem sentimentos (raiva, irritação) que receia não conseguir controlar?

1	2	3	4	5	6	7
Muitas vezes						Raramente ou nunca

## INVENTÁRIO DE MANIFESTAÇÕES FÍSICAS DE MAL-ESTAR(PSC)

Instruções:

Este inventário destina-se a avaliar como se sente fisicamente. Abaixo encontra uma lista de sintomas que muitas pessoas sentem no dia-a-dia. Assinale a **FREQUÊNCIA** e a **INTENSIDADE** com que esses sintomas o afectam, atribuindo o valor correspondente.

**Valor de Frequência**

- 5 - Ocorre diariamente
- 4 - Ocorre várias vezes por semana
- 3 - Ocorre cerca de uma vez por semana
- 2 - Ocorre cerca de uma vês por mês
- 1 - Ocorre menos de uma vez por mês
- 0 - Nunca ocorre

**Valor de Intensidade**

- 4 - É extremamente incómodo
- 3 - Muito incómodo
- 2 - Moderadamente incómodo
- 1 - Ligeiramente incómodo
- 0 - Não é problema

<b>Queixas</b>	<b>Valor de Frequência</b>	<b>Valor de Intensidade</b>
1 - Dor de cabeça		
2 - Dor nas costas		
3 - Dores no estômago		
4 - Insónia		
5 - Fadiga		
6 - Depressão		
7 - Enjoo		
8 - Tensão geral		
9 - Palpitações cardíacas		
10 - Dores nos olhos associadas à leitura		
11 - Diarreia ou prisão de ventre		
12 - Tonturas		
13 - Fraqueza		
14 - Dores musculares		
15 - Dores de garganta		
16 - Tosse		
17 - Alergias		
18 - Acne ou borbulhas		
19 - Nariz tapado		

**ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE (S.A.S.)**

Instruções:

Esta escala avalia a forma como costuma sentir-se emocionalmente. Leia cada uma das frases apresentadas e assinale com um X, a resposta que melhor descreve o seu estado habitual.

	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Grande parte do tempo	Quase sempre
1. Sinto-me mais nervoso(a) do que é costume				
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso				
3. Fico facilmente perturbado (ou em pânico)				
4. Sinto-me como se estivesse a rebentar				
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal me acontecerá				
6. Sinto os braços e as pernas a tremerem				
7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas, que me incomodam				
8. Sinto-me fraco(a) e facilmente cansado(a)				
9. Sinto-me calmo(a), e com facilidade consigo sentar-me e ficar relaxado(a)				
10. Sinto o meu coração a bater mais depressa				
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam				
12. Tenho a sensação que vou desmaiar ou tenho mesmo crises de desmaio				
13. Respiro com facilidade				
14. Sinto os dedos das minhas mãos e pés entorpecidos e com picadas				
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões				
16. Tenho de esvaziar a bexiga com frequência				
17. As minhas mãos estão habitualmente quentes e secas				
18. A minha face costuma ficar quente e corada				
19. adormeço facilmente e consigo descansar durante a noite				
20. Tenho pesadelos				

Obrigada pela sua colaboração.