

Avaliação de Processo de um Programa de Manejo de Estresse Ocupacional

The Process Evaluation of an Occupational Stress Management Program

Sheila Giardini Murta*

Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil

Resumo

Este artigo descreve metas intermediárias alcançadas e atitudes dos participantes frente a um programa de manejo de estresse ocupacional. Participaram 74 funcionários de uma universidade, dos quais 42 foram designados para uma intervenção multimodal de manejo de estresse e 32 para um treinamento em habilidades sociais. Os resultados, coletados por medidas observacionais, evidenciaram que as metas intermediárias foram alcançadas de modo similar entre as intervenções e que os participantes de ambas as intervenções perceberam benefícios obtidos no programa, classificados em mudanças em aspectos cognitivos e comportamentais, experiências relativas à interação com o grupo ou circunscritas à sessão e apreciação positiva da intervenção com foco inespecífico. Recomenda-se que estudos futuros incluam outros indicadores de processo.

Palavras-chave: Estresse psicológico; estudos de intervenção; estudos de avaliação.

Abstract

This paper describes intermediate goals reached and participants' attitudes toward an occupational stress management program. The participants were 74 employees from a university. Forty-two employees attended a multi-modal stress management intervention program and 32 attended a social skills training program. Data were collected by observational measures during the sessions. The results revealed that intermediate goals were similarly reached in both interventions. Additionally, participants from both interventions perceived several benefits in the program, classified in change in cognitive and behavioral features, experiences related to group interaction or circumscribed to the session and positive appraisal toward the intervention with non-specific focus. Further studies should include new process indicators.

Keywords: Psychological stress; intervention studies; evaluation studies.

Os prejuízos associados ao estresse ocupacional têm estimulado o desenvolvimento de diversos modelos de intervenção para seu controle ou prevenção, desde os focados em mudanças na organização até em alterações no comportamento do trabalhador. Dentre os modelos de intervenção focados no comportamento individual, destacam-se as intervenções fundamentadas no desenvolvimento de modos de enfrentamento a fatores estressores presentes no ambiente de trabalho e de hábitos de vida, de forma a reduzir o risco de adoecimento. Tais intervenções, usualmente, possuem formato psicoeducativo e utilizam técnicas cognitivo-comportamentais (Brasio, 2004; Calais, 2004; Lipp, 1996; Tanganelli, 2004; Vilela, 2004) para redução de tensão e de pensamentos disfuncionais e aumento de habilidades

comunicativas, de solução de problemas, de manejo do tempo e de auto-controle, a fim de minimizar o impacto dos estressores ocupacionais (Van der Heck & Plomp, 1997).

A efetividade e adequação metodológica de intervenções para manejo de estresse ocupacional, baseadas em habilidades pessoais de enfrentamento ao estresse, têm sido analisadas em diversas revisões da literatura (Murphy, 1996; Van der Heck & Plomp, 1997; Van der Klink, Blonk, Schene & Van Dijk, 2001). Embora progressos venham ocorrendo no delineamento de avaliação destes estudos, ainda não são plenamente conhecidos quais são os componentes efetivos destas intervenções, para quem e sob quais condições são efetivos. Desde os anos 80, a literatura na área tem apontado que variáveis outras que não o conteúdo da intervenção parecem afetar os resultados, tais como a credibilidade do tratamento, as expectativas quanto aos benefícios associados à intervenção e qualidade do vínculo afetivo entre o profissional e os participantes destes programas (Murphy, 1984). Além disto, o modo como a intervenção é implementada e o modo como os participantes interagem com a mesma também podem afetar os resultados finais (Bunce, 1997).

Em vista disto, alguns autores têm argumentado que é urgente para o desenvolvimento dos estudos na área, a con-

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

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

A autora agradece à CAPES o apoio financeiro para a realização deste trabalho, parcialmente feito durante "doutorado sanduíche" na Queensland University of Technology (Brisbane, Austrália). Agradece ainda à Pethymã Pires Magalhães e Amanda Maria Ribeiro pelo auxílio na coleta de dados.

dução de avaliações de processo de programas de manejo de estresse ocupacional (Nytrø, Saksvik, Mikkelsen, Bohle & Quinlan, 2000; Saksvik, Nytrø, Dahl-Jørgensen & Mikkelsen, 2002). A avaliação de processo permitiria monitorar a implementação da intervenção e seus achados, muito provavelmente, seriam úteis para se compreender os resultados finais do programa.

Inúmeros aspectos são passíveis de serem analisados em avaliação de processo, incluindo: recrutamento (estratégias e êxito em atingir o público-alvo), contexto (bom andamento do programa frente às variáveis do contexto organizacional), exposição ao programa (assiduidade da população-alvo nas reuniões do no programa), dose fornecida (periodicidade e número de sessões adequadas ao programa), dose recebida (controle de absorção e prática das técnicas de manejo de estresse pela população-alvo), fidelidade (implementação correta e íntegra de temas e técnicas planejadas) (Steckler & Linnan, 2002), atitudes dos participantes em relação ao programa (credibilidade do programa) (Hawe, Degeling & Hall, 1990) e alcance de metas intermediárias previstas para o programa (Hofstee, 1987).

Ainda que relevantes, poucos estudos que avaliam intervenções para manejo de estresse ocupacional têm se dedicado a avaliar o processo da intervenção. Uma revisão sistemática da literatura especializada (Murta, 2005), mostra que a grande maioria dos estudos de intervenção em estresse ocupacional, tem enfocado avaliações de pré e pós-teste (ex.: Cigrang, Todd & Carbone, 2000; Eriksen et al., 2002; Staa, Visser & Zouwe, 2000; Wiholm, Arnetz & Berg, 2000; Zolnierczyk-Zreda, 2002) e negligenciado avaliações de processo (exceções a isto são os estudos de Murta, & Tróccoli, 2004; Reynolds, Taylor, & Shapiro, 1993; Sallis, Trevorrow, Johnson, Hovell, & Kaplan, 1987). Buscando contribuir para suprir esta lacuna, o presente estudo visou implementar um programa de manejo de estresse ocupacional focado em enfrentamento individual e monitorar seu processo. Foram objetivos específicos deste estudo: (a) implementar um programa de manejo de estresse ocupacional voltado para o desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com estresse (intervenção Manejo de Estresse) e habilidades sociais (intervenção Habilidades Sociais); (b) verificar se a ocorrência de metas intermediárias difere entre as duas intervenções, sendo estas metas: relatar problemas, falar sobre sentimentos vividos durante a sessão, chorar, explicar causas do próprio comportamento e fornecer apoio ao colega e (c) descrever atitude dos participantes frente ao programa, através da descrição de categorias de benefícios percebidos como associados às duas intervenções.

Método

Participantes

Foram convidados a participar do programa aproximadamente 150 funcionários administrativos da Universidade Católica de Goiás. Destes, 131 aceitaram participar e compareceram na primeira sessão. Os voluntários inscritos foram distribuídos em duas condições: intervenção Manejo de Estresse - ME ($N = 68$) e intervenção Habilidades Sociais - HS ($N = 63$). Setenta e quatro participantes completa-

ram o programa e responderam ao pós-teste ($ME = 42$; $HS = 32$). Os critérios para inclusão na amostra foram ser funcionário da universidade e oferecer-se como voluntário.

Programa de Intervenção

O programa teve formato grupal, psicoeducativo e centrado em estratégias individuais de enfrentamento ao estresse (Van der Heck & Plomp, 1997; Van der Klink et al., 2001). Ambas as condições experimentais receberam 12 sessões, de 60 minutos cada, com periodicidade semanal, num total de 12 horas distribuídas em três meses, seguindo um formato comum em programas nesta área (Murta, 2005). A primeira e a penúltima sessão foram destinadas à avaliação de pré e pós-teste, com aplicação de escalas de sintomas de estresse e enfrentamento a problemas no trabalho e medidas de pressão arterial e imunidade. Foge aos objetivos deste artigo a descrição desta avaliação. A última sessão foi destinada ao fornecimento de *feedback*, discussão de resultados, orientações para prevenção de recaída e encerramento do trabalho. Deste modo, o tratamento propriamente dito foi feito em nove sessões, num total de 09 horas de contato. A fim de assegurar que os vários grupos receberiam a mesma intervenção, bem como que esta seria distinta entre as duas condições experimentais, preparou-se um roteiro prévio com temas e técnicas previstos para cada sessão das intervenções ME e HS. Tal roteiro foi utilizado como “lembrete” pela facilitadora, a fim de favorecer a integridade ou fidelidade na implementação do programa (Steckler & Linnan, 2002). O conteúdo abordado na intervenção ME foi: estressores ocupacionais, sintomas e fases de estresse, enfrentamento focado no problema e na emoção, processo de mudança, relaxamento e visualização, manejo de tempo, solução de problemas, reestruturação cognitiva e defesa de direitos pessoais. Exposição dialogada, técnicas de relaxamento, ensaio comportamental e vivências grupais foram usadas para apresentar estes temas (Gorayeb & Rangé, 1988; Silva, 2002). A intervenção HS centrou-se em vivências grupais para o desenvolvimento de diversas habilidades sociais, como escuta empática, lidar com críticas, expressar raiva e lidar com autoridades (Del Prette & Del Prette, 2001). A autora, dada sua experiência anterior em psicologia clínica e da saúde, atuou como facilitadora do programa e duas estagiárias de graduação de psicologia atuaram como observadoras participantes (cada grupo tinha apenas uma estagiária observadora).

Instrumentos e Avaliação

A avaliação de processo foi feita entre a terceira e a nona sessão, em ambas as intervenções, através da observação direta de seis comportamentos que constavam no Checklist de Metas Intermediárias e Atitudes frente à Intervenção: relatar problemas, falar sobre sentimentos vividos na sessão, chorar na sessão, explicar causas do próprio comportamento, fornecer apoio ao colega e relatar progressos ou benefícios provocados pela intervenção. Os cinco primeiros comportamentos são considerados metas intermediárias por indicarem maior engajamento dos participantes na intervenção. O relato de benefícios ou progressos associados à

intervenção foi considerado atitude do participante frente à intervenção. Estas metas intermediárias foram definidas a partir de achados na pesquisa e prática em psicoterapia (Kholesberg & Tsai, 2001), os quais permitem supor que um grupo que expresse problemas, sentimentos, suporte social e descreva as causas do próprio comportamento, dentro das sessões, seria um grupo mais receptivo e envolvido com o tratamento, o que poderia afetar a intensidade dos resultados finais da intervenção.

A pesquisadora e uma estagiária devidamente treinada observaram durante toda a sessão a ocorrência dos comportamentos que constam no instrumento. A ocorrência ou não de cada categoria comportamental foi registrada após o término da sessão no *Checklist* de Metas Intermediárias e Atitudes frente à Intervenção. O comportamento de “relatar progressos ou benefícios obtidos na intervenção” teve o seu conteúdo registrado para posterior análise de conteúdo. Procurou-se registrar de modo fiel o significado do relato do participante, sem necessariamente utilizar seu relato tal como fora dito. Os dados obtidos na terceira sessão foram usados para teste do instrumento e das definições das categorias comportamentais. Nesta ocasião foram feitas discussões entre a pesquisadora e as observadoras, acerca de concordâncias e discordâncias nos comportamentos observados para melhor definição de cada categoria comportamental. Foram utilizados para análise somente os dados obtidos entre a quarta e a nona sessão, registrados por ambas as observadoras.

A análise dos dados relativos às metas intermediárias foi feita por meio da quantificação de ocorrência de cada categoria comportamental por sessão e por intervenção. Testes estatísticos de *Qui-quadrado* foram realizados para se verificar diferenças na ocorrência destas metas entre os tipos de intervenção, usando-se o *Statistical Package for Social Sciences*, versão 11.0. Fez-se também o cálculo de concordância entre observadores, usando-se a fórmula: concordâncias divididas pela somatória de concordâncias e discordâncias, multiplicado por cem (Kazdin, 1982). A concordância entre codificadores foi calculada conforme procedimento proposto por Kazdin.

A análise dos dados relativos às atitudes dos participantes frente à intervenção foi feita a partir dos relatos espontâneos de benefícios percebidos como resultantes do programa. Estes relatos foram categorizados e quantificados por dois codificadores, de modo independente. Tal categorização foi fundamentada no sistema de categorias de análise de relatos verbais de reação a um programa de manejo de estresse ocupacional desenvolvido por Murta e Tróccoli (2004) e no modelo de mudança transteórico, de Prochaska e DiClemente (1983). Os relatos dos participantes foram agrupados em quatro grandes categorias: mudanças em aspectos cognitivos, mudanças em aspectos comportamentais, experiências relativas à interação com o grupo ou circunscritas à sessão e apreciação positiva da intervenção com foco inespecífico. Suas definições, subcategorias e definições de subcategorias serão fornecidos a seguir:

1. Mudanças em aspectos cognitivos, relativas à mudança na percepção, tomada de consciência sobre aspectos de si ou do mundo ou planejamento para tomada de

decisão. Tais mudanças encontram correspondência nos estágios de mudança de contemplação (“descobri que preciso mudar”) e preparação (“estou me decidindo por mudar”) (Prochaska & DiClemente, 1983). Aqui se incluem as subcategorias: (a) Auto-observação: tomada de consciência sobre o próprio comportamento, sentimentos ou cognições. Inclui identificação ou descoberta de aspectos pessoais a serem mudados. Refere-se a conteúdo voltado para o “eu”; (b) Percepção de novos recursos: percepção de aquisição de informação sobre novas estratégias para lidar com problemas. Refere-se a conteúdo voltado para o recurso externo; (c) Motivação para mudanças: vivência do desejo de engajar-se em ações de auto-cuidado ou decisão de mudar em qualquer aspecto da vida; (d) Reestruturação cognitiva: diminuição em crenças irracionais sobre si mesmo, como auto-exigência excessiva, e aumento em percepções positivas do auto-conceito.

2. Mudanças em aspectos comportamentais, relativas à implementação de ações relativas às habilidades de comunicação interpessoal, aos cuidados com a saúde e à organização do tempo. Tais mudanças encontram correspondência no estágio de mudança de ação (“já estou mudando”) (Prochaska & DiClemente, 1983). Inclui as subcategorias: (a) Habilidades sociais: Mudanças vividas em habilidades de comunicação diversas, tais como compreensão da perspectiva do outro, escuta empática, expressão de sentimentos, de emoções ou de opiniões, fazer pedidos, lidar com críticas e falar em público, com impacto positivo na qualidade das relações nos contextos de: Interações no trabalho: inclui relação com colegas ou com chefias; Interações familiares e afetivas: inclui relações entre pais e filhos, entre namorados ou cônjuges; Interações no trânsito: inclui interações vividas enquanto se dirige automóveis, em vias públicas; Interações na sessão: inclui interações vividas com os colegas da intervenção durante a sessão; Interações sem especificação do contexto: contexto de uso de habilidades sociais não é especificado; (b) Manejo do tempo: aumento em organização no uso do tempo, com redução de problemas como “doença da pressa”, procrastinação ou má distribuição do tempo com prejuízo para algumas áreas da vida; (c) Auto-cuidado: engajamento em ações de auto-cuidado à saúde e promoção do próprio bem-estar.
3. Experiências relativas à interação com o grupo ou circunscritas à sessão. Compreende as subcategorias: (a) Suporte social grupal: referência ao grupo de colegas da intervenção como fonte de ajuda, comparação social, ou troca de experiências entre diferentes setores da universidade; (b) Sentimentos/sensações agradáveis: experimentar durante a sessão sensações corporais ou sentimentos percebidos como agradáveis, como relaxamento ou alívio de ansiedade, ou diminuição de sensações desagradáveis, como alívio de dor.
4. Apreciação positiva da intervenção com foco inespecífico: refere-se a relatos que evidenciam satisfação com a intervenção, porém não explicitam o alvo da satisfação.

Ao final, fez-se o cálculo de concordância entre codificadores (Kazdin, 1982).

Cuidados Éticos

Quando convidados a participar do estudo, todos os funcionários participantes em potencial foram informados sobre os objetivos, formato e avaliação do programa. Esclarecidas as dúvidas, todos os que se ofereceram como voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual continha informações sobre o objetivo e formato do estudo, não identificação dos participantes, análise agrupada dos dados, liberdade para desistência ao longo do estudo e uso previsto das informações coletadas. Uma via deste Termo ficou com o participante e a outra ficou com a pesquisadora. Após a finalização do estudo, os participantes foram informados sobre os seus resultados durante uma reunião feita no local de trabalho.

Resultados

Os participantes apresentavam idades entre 17 a 72 anos (média = 39 anos; desvio padrão = 11,05), 39 deles eram homens e 35 eram mulheres, a maior parte deles era casada e com instrução variando entre sem instrução a pós-graduação. A maioria deles trabalhava somente nesta universidade, e desempenhavam diferentes funções, sendo as mais freqüentes: assistente administrativo, zelador, jardineiro, recepcionista, escriturário e electricista. Seu tempo na função variava entre 2 meses a 35 anos. Em geral, os participantes não fumavam, praticavam exercício físico, não faziam uso permanente de medicamento e não apresentavam problemas de saúde.

Metas Intermediárias

Por meio do *Checklist* de Metas Intermediárias e Atitudes frente à Intervenção, observou-se a ocorrência de cinco metas intermediárias durante as sessões: relatar problemas, relatar sentimentos, chorar, explicar causas do próprio comportamento e oferecer apoio ao colega. Os resultados das observações indicaram que todas estas metas intermediárias ocorreram durante as sessões, como descrito na Tabela 1. Aquelas de ocorrência mais alta foram “relatar problemas” (por exemplo, problemas em lidar com situações de conflito interpessoal), “oferecer apoio ao colega” (por exemplo, oferecer informação útil na solução de um problema relatado

pelo colega e “relatar sentimentos” (por exemplo, descrever estados emocionais experimentados na sessão, como ansiedade ao falar diante do grupo). As ocorrências “explicar causas do próprio comportamento” (por exemplo, relacionar a dificuldade pessoal em expressar carinho a educação familiar rígida vivida na infância) e “chorar” foram as de menor freqüência.

Os índices de concordância entre observadores variaram entre 66,70% e 100% e estão apresentados na Tabela 1. A categoria de meta intermediária que obteve índices de concordância mais baixos foi “explicar causas do próprio comportamento” e as categorias que obtiveram índices mais altos foram “relatar problemas” e “chorar”.

O teste *t* para amostras independentes revelou não haver diferenças no número total de ocorrências de metas intermediárias entre as intervenções ME (122) e HS (101) [$t = -1,092$ (69); $p > 0,05$]. Resultados de testes *Qui-quadrado* evidenciaram não haver diferenças significativas na ocorrência de cada meta intermediária entre as intervenções ME e HS, como segue: relatar problemas [$\chi^2(1,71) = 1,074$; $p > 0,05$], relatar sentimentos [$\chi^2(1,71) = 0,064$; $p > 0,05$], chorar [$\chi^2(1,71) = 0,041$; $p > 0,05$], explicar causas do próprio comportamento [$\chi^2(1,71) = 1,675$; $p > 0,05$], e fornecer apoio a colega [$\chi^2(1,71) = 0,054$; $p > 0,05$].

Atitudes dos Participantes para com o Programa

Os relatos espontâneos de benefícios percebidos como resultantes do programa estão apresentados por categoria na Tabela 2. Os dados demonstram que as mudanças em aspectos cognitivos foram as mais comumente relatadas pelos participantes de ambas as intervenções, seguidas de mudanças em aspectos comportamentais, em experiências com o grupo ou sessão e apreciação positiva inespecífica. Benefícios relativos à auto-observação e à percepção de novos recursos foram as mudanças cognitivas mais freqüentemente relatadas pelos participantes de ambas as intervenções. Relatos de motivação para mudanças ocorreram somente na condição ME, enquanto relatos de reestruturação cognitiva ocorreram com uma baixa freqüência de modo similar entre as intervenções. Relatos de mudanças em habilidades sociais foram as mudanças comportamentais mais relatadas em ambas as

Tabela 1

Freqüência de Ocorrência de Metas Intermediárias e Índice de Concordância (IC) entre Observadores, em ambas as Intervenções

| Metas Intermediárias | Intervenção ME | | Intervenção HS | |
|--|----------------|--------|----------------|--------|
| | Freqüência | IC | Freqüência | IC |
| Relatar problemas | 36 | 100% | 29 | 93,50% |
| Relatar sentimentos | 15 | 93,70% | 14 | 77,80% |
| Chorar | 4 | 100% | 3 | 100% |
| Explicar causas do próprio comportamento | 12 | 66,70% | 6 | 75% |
| Fornecer apoio ao colega | 22 | 84,60% | 20 | 80% |
| Total | 122* | 89,70% | 101** | 87,80% |

*Nota.** Considerando 38 oportunidades de ocorrência. **** Considerando 33 oportunidades de ocorrência. Oportunidade de ocorrência = número de grupos observados x número de sessões observadas.

intervenções, mas com uma frequência maior na intervenção HS do que ME. Algumas mudanças comportamentais (em manejo de tempo e em auto-cuidado) ocorreram somente na intervenção ME, ao passo que alguns tipos de mudanças em habilidades sociais (habilidades sociais em interações familiares/afetivas e habilidades sociais na sessão) ocorreram somente na intervenção HS ou ocorreram com baixa frequência na condição ME. Ocorreram relatos de vivência de suporte social grupal e sentimentos/sensações agradáveis na sessão por parte de participantes de ambas as intervenções, ainda que tenha havido um predomínio de relatos de sentimentos/sensações agradáveis na intervenção ME quando comparada à intervenção HS. Relatos de apreciação positiva da intervenção ocorreram em ambas as intervenções, mas com uma frequência maior na intervenção HS do que ME. Os índices de concordância entre codificadores variou entre 42,9% a 100%. Conforme exposto na Tabela 2, a grande maioria das categorias e subcategorias obteve índice de concordância entre codificadores superior a 80%.

Discussão

Os resultados referentes ao alcance de metas intermediárias foram similares entre ambas as intervenções. Estudos anteriores têm chamado a atenção para o possível efeito de variáveis atuantes durante a implementação do programa capazes de afetar a intensidade dos resultados (variáveis moderadoras), como o suporte social recebido pelos pares (Larsson, Setterlind, & Starrin, 1990; Sallis et al., 1987), a atenção dos facilitadores do grupo (Sallis et al.), *insights* obtidos na sessão e clima de segurança e conforto na sessão (Bunce & West, 1996). A observação sistemática das metas intermediárias neste estudo constatou que o relato de problemas, a expressão de sentimentos, o choro, o suporte social e explicações de causas do próprio comportamento tiveram ocorrências parecidas entre as intervenções ME e HS. Igualmente, ambas as intervenções produziram atitudes positivas nos participantes no que diz respeito aos benefícios percebidos como sendo derivados das intervenções. As duas interven-

Tabela 2

Frequência Absoluta e Relativa de Categorias de Relatos de Benefícios obtidos no Programa por Intervenção e Índices de Concordância entre Codificadores (IC)

| Categorias | Intervenção ME | | | Intervenção HS | | |
|--|----------------|------|------|----------------|------|------|
| | f | % | IC | f | % | IC |
| Mudanças cognitivas | | | | | | |
| Auto-observação | 24 | 49 | 95,8 | 17 | 51,5 | 70,6 |
| Percepção de novos recursos | 13 | 26,5 | 100 | 9 | 27,3 | 88,9 |
| Motivação para mudanças | 8 | 16,3 | 75 | 0 | 0 | 100 |
| Reestruturação cognitiva | 4 | 8,2 | 50 | 7 | 21,2 | 42,9 |
| Total | 49 | 100 | | 33 | 100 | |
| IC geral | | | 89,8 | | | 69,7 |
| Mudanças comportamentais | | | | | | |
| Habilidades sociais | | | | | | |
| Interações no trabalho | 6 | 31,6 | 100 | 6 | 20 | 83,3 |
| Interações familiares e afetivas | 2 | 10,5 | 100 | 8 | 26,7 | 100 |
| Interações na sessão | 0 | 0 | 100 | 6 | 20 | 83,3 |
| Interações no trânsito | 1 | 5,3 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| Sem contexto especificado | 5 | 26,3 | 60 | 10 | 33,3 | 80 |
| Total de habilidades sociais | 14 | | | 30 | | |
| Manejo do tempo | 2 | 10,5 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| Auto-cuidado | 3 | 15,8 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| Total | 19 | 100 | | 30 | 100 | |
| IC geral | | | 89,5 | | | 86,7 |
| Experiência com o grupo e sessão | | | | | | |
| Suporte social grupal | 9 | 34,6 | 100 | 11 | 68,7 | 100 |
| Sensações agradáveis | 17 | 65,4 | 100 | 5 | 31,2 | 40 |
| Total | 26 | 100 | | 16 | 100 | |
| IC geral | | | 100 | | | 81,2 |
| Apreciação positiva da intervenção com foco inespecífico | 12 | 100 | 100 | 17 | 100 | 94,1 |
| Total | 12 | 100 | | 17 | 100 | |
| IC geral | | | 100 | | | 94,1 |

ções favoreceram inúmeras mudanças em aspectos cognitivos, relacionados à contemplação e preparação para a mudança e menos mudanças relacionadas a aspectos comportamentais, relacionados à ação e manutenção. Pode-se supor que se a intervenção fosse mais prolongada, mudanças relativas ao estágio de contemplação (como aquelas categorizadas em auto-observação) poderiam evoluir para os estágios seguintes, como ação e manutenção. Além disto, a falta de uma avaliação de seguimento impede de saber em que medida os ganhos percebidos com o programa se mantiveram, evoluíram para estágios de mudança mais adiantados ou se recaídas ocorreram, apesar dos cuidados tomados para preveni-las.

Considerando-se a atitude dos participantes frente às intervenções, pode-se concluir que o programa foi visto como bastante positivo e fonte de inúmeros benefícios. A análise de conteúdo dos relatos de benefícios obtidos no programa revelou que as intervenções produziram benefícios comuns e outros exclusivos de cada uma delas. Os benefícios em motivação para a mudança, auto-cuidados e manejo do tempo observados nos participantes da intervenção ME e os benefícios em habilidades sociais em relações intra e extra trabalho observados na intervenção HS evidenciam coerência com o conteúdo administrado em cada intervenção. Isto indica que a intervenção foi implementada com conteúdos de fato distintos e é uma medida indireta da fidelidade da intervenção. Mesmo que as intervenções tenham tido conteúdo e técnicas distintas, elas produziram alguns benefícios semelhantes (em auto-observação, percepção de novos recursos e suporte social). Há de se considerar uma explicação alternativa para a similaridade entre alguns benefícios relatados pelos participantes e a similaridade no alcance de metas intermediárias: o fato de que ambas as intervenções foram conduzidas pela mesma terapeuta. É possível que ações específicas da terapeuta, como escuta empática, tenham mobilizado reações e percepções comuns entre os participantes das duas intervenções (Sallis et al., 1987).

Uma questão provocativa pode ser levantada a partir dos resultados obtidos. Esta se refere ao papel desempenhado pelo funcionamento do grupo terapêutico como fonte de influência sobre os resultados finais. Seria de menor relevância o conteúdo teórico/técnico abordado na intervenção e de maior relevância o “clima do grupo” (clima do grupo refere-se à percepção de conforto e confiança dos participantes frente a seus pares e ao facilitador do grupo, de modo que auto-exposição de sentimentos e problemas pessoais, por exemplo, possam ocorrer frente a uma audiência que oferece suporte e apoio) (Bunce & West, 1996)? Não há evidências acumuladas o suficiente em estudos de manejo de estresse ocupacional focados no indivíduo para responder a esta questão, já que as avaliações de processo destes estudos têm sido incompletas (Bunce, 1997) e pouquíssimos estudos têm abordado este tema (Bunce & West).

Contudo, os dados do presente estudo estão em harmonia com achados de pesquisa em psicoterapia (Asay & Lambert, 1999), os quais apontam que somente 15% do progresso do cliente se deve ao uso de técnicas. Os outros fatores contribuintes seriam a relação terapêutica (30%), variáveis do cliente e influências extra-terapêuticas (40%) e expectativas do tipo placebo (15%). Estes achados possuem muitas implicações

para o planejamento e condução das intervenções grupais em manejo de estresse ocupacional. Dada sua relevância, recomenda-se que metas intermediárias relativas ao “clima do grupo” sejam planejadas e analisadas em estudos futuros.

Este estudo apresenta diversas limitações. O primeiro foco de limitações diz respeito à validade interna. É possível que tenha ocorrido difusão entre os tratamentos, isto é, que os participantes de uma intervenção tenham conversado com colegas de outra intervenção e compartilhado seus aprendizados em cada uma delas. Esta é uma possibilidade já que em um mesmo setor de trabalho havia participantes de ambas as intervenções. Caso tenha ocorrido difusão, esta seria uma das explicações possíveis para a similaridade de resultados entre as intervenções. O viés da seleção também está presente neste estudo, já que somente voluntários participaram. É possível que estes diferiam em algum aspecto da população geral, por exemplo, quanto à motivação para a mudança. Outro viés possível é a mortalidade experimental observada nas duas intervenções. É possível que tenham permanecido na intervenção somente aqueles que tinham expectativa de benefício ou que a percebiam com maior credibilidade. Infelizmente, estas variáveis não foram avaliadas. Até onde foi possível analisar diferenças entre os que finalizaram o programa e os que desistiram, não se encontrou diferenças entre eles, o que sugere que a mortalidade experimental não foi um problema neste estudo. Tanto o viés da seleção quanto o da mortalidade experimental poderiam ser explicações alternativas para a atitude positiva dos participantes frente à intervenção, constatada através dos inúmeros relatos de benefícios.

O segundo foco de limitação diz respeito à validade externa. Considerando que a amostra era pequena e composta por voluntários, o poder de generalização destes resultados torna-se limitado. A replicação deste estudo em novos contextos é um dos caminhos para se averiguar em que medida estes resultados podem ser generalizados.

Este estudo oferece também diversas implicações para psicólogos interessados em avaliar formalmente o processo de seus programas de manejo de estresse ocupacional e para pesquisadores que atuam na implementação e avaliação de outras intervenções no “mundo real”. Avaliações de processo podem evitar que se atribuam resultados a programas do tipo “caixa preta”, cuja implementação é desconhecida. Corre-se o risco de relacionar resultados a causas não claras pelo fato do programa não ter sido adequadamente implementado. Isto foi chamado por Basch et al. (1985, citado por Steckler & Linnan, 2002) de erro Tipo III. Pareceu ter sido bastante adequado o uso de estratégias observacionais para se avaliar o alcance de metas intermediárias e os relatos de benefícios associados ao programa. Esta foi uma estratégia inovadora, já que poucos estudos na área têm usado medidas observacionais, usando basicamente medidas de auto-relato. O *checklist*, técnica observacional usada no presente estudo, contribuiu sobremaneira para a compreensão do processo do programa e demonstrou ser de uso viável, sem ter o efeito intrusivo comum em técnicas observacionais (Dessen & Murta, 1999). A observação feita por dois observadores também foi um recurso metodológico importante para controle do viés do observador. Esse foi um cuidado fundamental, já que a autora foi a pessoa que atuou no planejamento,

implementação e avaliação do programa. Portanto, foi de grande valia a possibilidade de discutir os dados observados com um segundo observador, bem como o sistema de categorias construído para classificar benefícios e as discordâncias e concordâncias acerca deste material.

Estudos futuros poderiam incluir avaliações de seguimento, novos indicadores de processo, como dose recebida e fidelidade, e indicadores organizacionais, tais como licenças para tratamento de saúde e absenteísmo. Será também necessário associar avaliações de processo às avaliações de resultados e impacto, de modo a se identificar que componentes de processo predizem melhoria em metas finais. Estes cuidados metodológicos serão necessários para esclarecer que indicadores de processo devem ser considerados para o sucesso da intervenção, em que extensão este modelo de programa de manejo de estresse ocupacional é efetivo ao longo do tempo e se é efetivo para indicadores objetivos de saúde.

Referências

- Asay, T. D., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & Soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brasio, K. M. (2004). Fontes internas do stress e treino de controle do stress aplicado a retocolite ulcerativa. In M. E. N. Lipp (Ed.), *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas* (pp. 71-81). Campinas, SP: Papyrus.
- Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 1-17.
- Bunce, D., & West, M. (1996). Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 49, 209-232.
- Calais, S. L. (2004). Stress pós-traumático: Intervenção em vítimas secundárias. In M. E. N. Lipp (Ed.), *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas* (pp. 121-130). Campinas, SP: Papyrus.
- Cigrang, J. A., Todd, S. L., & Carbone, E. G. (2000). Stress management training for military trainees returned to duty after a mental health evaluation. Effect on graduation rates. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 48-55.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Psicologia das relações interpessoais. Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Dessen, M. A., & Murta, S. G. (1999). Metodologia observacional na pesquisa em psicologia: uma perspectiva crítica. *Cadernos de Psicologia*, 1, 14-23.
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., Mikkelsen, A., Gronningsaeter, H., Sandal, G. M., & Ursin, H. (2002). Improving subjective health at the worksite: A randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 52, 383-391.
- Gorayeb, R., & Rangé, B. (1988). Metodologia clínica: Técnicas comportamentais. In H. W. Lettner & B. P. Rangé (Eds.), *Manual de psicoterapia comportamental* (pp. 73-84). São Paulo, SP: Manole.
- Hawe, P., Degeling, D., & Hall, J. (1990). *Evaluating health promotion: A health worker's guide*. Sydney, Austrália: MacLennan & Petty.
- Hofstee, W. K. B. (1987). The causality question in evaluation research. In *Evaluation Methodology* (J. A. Laros, Trad.). Lisse, Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Khollenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional. Criando relações terapêuticas intensas e curativas* (R. Kerbauy, Trad.). Santo André, SP: ESETEC (Original publicado em 1991)
- Larsson, G., Setterlind, S., & Starrin, B. (1990). Routinization of stress control programmes in organizations: A study of Swedish teachers. *Health Promotion International*, 5, 269-278.
- Lipp, M. E. N. (1996). A eficácia do treino do controle do stress: Estudos experimentais-clínicos. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco* (pp. 149-166). Campinas, SP: Papyrus.
- Murphy, L. R. (1984). Occupational stress management: A review and appraisal. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 1-15.
- Murphy, L. R. (1996). Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *Stress Management*, 11, 112-135.
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. (2004). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 39-47.
- Murta, S. G. (2005). Programas de manejo de estresse ocupacional: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 159-177.
- Nytro, K., Saksvik, P. O., Mikkelsen, A., Bohle, P., & Quinlan, M. (2000). An appraisal of key factors in the implementation of occupational stress interventions. *Work & Stress*, 14, 213-225.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Reynolds, S., Taylor, E., & Shapiro, A. A. (1993). Session impact in stress management training. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 99-113.
- Saksvik, P. O., Nytro, K., Dahl-Jorgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16, 37-57.
- Sallis, J. F., Trevorrow, T. R., Johnson, C. C., Hovell, M. F., & Kaplan, R. M. (1987). Worksite stress management: A comparison of programs. *Psychology and Health*, 1, 237-255.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo, SP: Vetor.
- Staa, A. L., Visser, A., & Zouwe, N. (2000). Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling*, 41, 93-105.
- Steckler, A., & Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research. An overview. In A. Steckler & L. Linnan (Eds.), *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-21). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tanganelli, M. S. (2004) Mulher chefe de família: Perfil, estudo e tratamento do stress. In M. E. N. Lipp (Ed.), *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas* (pp. 139-150). Campinas, SP: Papyrus.
- Van der Heck, H., & Plomp, H. N. (1997). Occupational stress management programmes: A practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine*, 47, 133-141.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A., H., & van Dijk, J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Health Promotion*, 91, 270-276.
- Vilela, M. V. (2004) Stress no relacionamento conjugal. In M. E. N. Lipp (Ed.), *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas* (pp. 151-159). Campinas, SP: Papyrus.
- Wiholm, C., Arnetz, B., & Berg, M. (2000). The impact of stress management on computer-related skin problems. *Stress Medicine*, 16, 279-285.
- Zolnierczyk-Zreda, D. (2002). The effects of worksite stress management intervention on changes in coping styles. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 8, 465-482.

Recebido: 03/07/2006
Aceite final: 13/11/2006