



U N I V E R S I D A D E
LUSÓFONA
D O P O R T O

Nuno Manuel Alves Pereira

Assédio moral e funcionamento psicológico de trabalhadores da indústria do
mobiliário: O papel moderador do suporte social

Trabalho realizado sob orientação da Professora Doutora Carla Antunes,
Coorientadora Professora Doutora Célia Ferreira

Porto

Abril 2018



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

Nuno Manuel Alves Pereira

Assédio moral e funcionamento psicológico de trabalhadores da indústria do
mobiliário: O papel moderador do suporte social

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto para obtenção do grau
de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Tese defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia
12/04/2018, perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Inês Jongenelen

Arguente: Professora Doutora Joana Cabral

Orientadora: Professora Doutora Célia Ferreira

Porto

Abril 2018



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

ANEXO 1
DECLARAÇÃO

Nos exemplares das teses de doutoramento ou dissertações de mestrado ou de outros trabalhos entregues para prestação de provas públicas nas universidades ou outros estabelecimentos de ensino, e dos quais é enviado um exemplar para depósito legal na Biblioteca da Universidade Lusófona do Porto, deve constar uma das seguintes declarações:

1. É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.
2. É autorizada a reprodução parcial desta tese/dissertação (indicar, caso tal seja necessário, nº máximo de páginas, ilustrações, gráficos, etc.), apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.
3. Não é autorizada, por um prazo de 3 anos, a reprodução de qualquer parte desta tese/dissertação.
4. De acordo com a legislação em vigor, não é permitida a reprodução de qualquer parte desta tese/dissertação.

Dr. Manuel Alberto Pereira

5
Ph

Agradecimentos

À Prof. Doutora Carla Antunes pela sua disponibilidade e dedicação, pela compreensão, apoio e partilha de conhecimentos.

À Prof. Doutora Celia Ferreira pela sua disponibilidade e dedicação, pela compreensão, apoio e partilha de conhecimentos.

Aos professores do Mestrado com quem tive o prazer de trabalhar e por todos os seus ensinamentos, que conduziram à realização deste projeto.

A todos os que participarem no estudo.

À minha família, pelo apoio constante e compreensão.

Sumário

Quando se fala ou pensa em violência, é inevitável a associação a atos de agressão física, ou seja atos concretos que resultam em danos objetivos e observáveis. Porém, no que se refere à violência em contexto laboral, nomeadamente o assédio moral existe muito mais a ter em conta uma vez que esta forma de violência é muitas vezes praticada de forma subtil e pernicioso, gerando vitimas nos mais diversos níveis da organização. Este trabalho tem como propósito contribuir para a investigação existente sobre assédio moral no local de trabalho, através da realização de um estudo deste fenómeno no sector da industria do mobiliario. O presente estudo teve como principal objetivo testar o papel moderador do Suporte Social na predição do funcionamento psicológico atual, tendo como variável antecedente a experiência de assédio moral no trabalho durante o último ano. A amostra foi constituída por 202 sujeitos de ambos os sexos (76.6% do sexo masculino; 23.8% sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos ($M=35.34$; $DP=13,30$). O protocolo de instrumentos incluiu um questionário sociodemográfico, uma medida de sintomas psicopatológicos (BSI), uma medida de bem estar psicológico (EBEP), uma medida de experiências de vitimação (Questionário de Experiência de Vitimação na Idade Adulta) e uma medida de suporte social (Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido). Foram encontradas correlações positivamente significativas entre todas as experiências de vitimação e ambas as subescalas de psicopatologia, indicando que níveis superiores destes tipos de vitimação se associam a níveis superiores de sintomas depressivos e ansiosos. Relativamente ao papel do suporte social, foi possível verificar um efeito de interação/moderação estatisticamente significativo do Suporte Social na relação entre o assédio moral e o bem estar psicológico, mais especificamente, nas dimensões relativas às Relações Positivas e Aceitação de Si.

Palavras-chave: assédio moral no trabalho, bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo, bem-estar no trabalho, suporte social.

Abstract

When we speak or think in violence it's inevitable the connection with acts of physical abuse, acts that result in real and visible physical damage. However when we are talking about violence at workplace we have much more to have in mind in particular the harassment because this type of violence happens in a subtle and pernicious way, making victims in all levels of the organization. The purpose of this project is contribute to the existing investigation about harassment at workplace through the study of this phenomenon in the furniture industry. In this empirical study that we use the quantitative methodology with the objective of realize which are the impact of the harassment in the well-being and understand what is the role of social support to minimize the effects of harassment. The data collecting to the investigation was made in paper format with in person registration. The sample consisted of 202 subjects of both sexes, (76.6% male) e (23.8% female), aged between 18 and 64 ($M=35.34$; $DP=13,30$). The administered instruments protocol included a sociodemographic questionnaire, psychopathological symptoms measure (BSI; Degoratis, 1982; adapted by Canavarro, 2007), psychological well-being measure (Scales of Psychological Well-Being - EBEP; Ryff, (1989), adapted by Novo, 2003). One measure of Victimization Experiences Questionnaire in adulthood; Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, 2009, adapted by Antunes, Ferreira & Magalhães, 2016) Social Support Scale (Multidimensional Scale of Support social Perceived - (MSPSS); Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988), adapted by Carvalho Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Mota-Pereira (2011). In the present study we found positive and significant correlation between experiences of victimization and both psychopathologic sub-scales that indicate that superior levels of this type are associated with superior levels of depressive and anxiety symptoms. Relatively to the role of social support we found a significant statistical effect of interaction/moderation between the social support harassment and Positive Relation dimension, and the self-acceptance dimension.

Key-Words: Harassment at work place, psychological well-being, subjective well-being, well-being at work, social support.

Índice

Agradecimentos	5
Sumário	6
Abstract	7
Capítulo I- Funcionamento psicológico na idade adulta: Da psicopatologia ao bem-estar.....	9
1.1-Perspectivas teóricas em torno do Bem-Estar: Da Hedónica para a Eudaimónica	9
Capítulo II- Violência e vitimação na idade adulta	11
2.1-Assédio Moral: Definição, caracterização e impacto para as vítimas.....	12
Capítulo III- Suporte social e funcionamento psicológico	15
Capítulo IV-Modelo conceptual da investigação / Objetivos.....	17
Capítulo V- Estudo Empírico.....	19
5.1-Método	19
5.2-Participantes.....	19
5.3-Instrumentos.....	20
5.4-Procedimentos.....	22
5.5-Resultados	23
5.5.1-Medidas descritivas das variáveis em estudo.....	23
CapítuloVI-Discussão / Conclusão	28
Referências Bibliográficas	31

Capítulo I- Funcionamento psicológico na idade adulta: Da psicopatologia ao bem-estar.

De acordo com Ryff e Singer (1996), a literatura disponível no domínio da saúde mental tem vindo a centrar-se, essencialmente, na disfunção psicológica. Nesta perspetiva, a saúde é vista como a ausência de doença em detrimento da presença de bem-estar, sugerindo, ainda que a ausência de bem estar cria condições de vulnerabilidade perante futuras adversidades (Fava & Tomba,2009).

Segundo Galinha e Ribeiro (2005),durante a segunda revolução da saúde, surge uma perspetiva ecológica da saúde, colocando o foco na saúde e não na doença e nascem os conceitos de promoção de saúde e de estilo de vida. É nesta altura que o conceito de bem-estar surge associado ao conceito de saúde generalizando-se a saúde mental(Terris, 1975; O'Donnel, 1986).Nesta sequência. Surgiu o modelo Biopsicosocial aplicado à Saúde Mental e à Saúde em geral, uma abordagem integral e holística, necessária para ultrapassar o reducionismo da perspetiva biomédica na promoção da saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental define-se quando “um individuo ou grupo é capaz por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as necessidades e, por outro, lidar com o meio ambiente. A saúde é vista como um recurso para a vida e não o objetivo dela, incluindo os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas do individuo. Ou seja a saúde não é só ausência de doença, é também um estado de bem estar físico, mental e social (WHO,2002).

O conceito de bem-estar enquadra-se no constructo de saúde mental, sendo que apesar de não se assumir como uma medida absoluta para medir saúde mental, é uma condição essencial para a mesma (Galinha, 2008).De forma geral, pode-se considerar que bem-estar engloba o“funcionamento psicológico ótimo”do indivíduo (Deci & Ryan, 2008), no entanto, a investigação tem gerado controvérsia quanto à sua definição, nomeadamente no que é uma experiência ótima ou uma “boa vida”. Este debate tem implicações teóricas e práticas, pois o que consideramos ser bem-estar irá influenciar a nossa forma de organizar o nosso dia a dia (Ryan & Deci, 2001), resultando daí implicações para a própria prática clínica no âmbito da Psicologia e para promoção da saúde mental.

1.1-Perspectivas teóricas em torno do Bem-Estar: Da Hedónica para a Eudaimónica

A atenção dispensada ao estudo do bem-estar não é recente, remonta à Grécia antiga onde filósofos como Aristóteles ja se debatiam em torno do conceito de felicidade (Siqueira & Padovan,2008). No entanto, apenas mais tarde com o surgimento da psicologia

positiva, que se foca na necessidade de se investir nas potencialidades humanas muito para além das patologias e problemas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), se verifica uma mudança de paradigma por parte dos investigadores de um o foco em aspetos negativos e na doençapara a promoção da saúde e para o foco em aspetos positivos do ser humano (Comin & Santos,2010).

Segundo Ryan e Deci (2001) o estudo do bem-estar está organizado em duas perspetivas distintas. O bem estar subjetivo(bem estar hedónico) e o bem estar psicológico(bem estar eudaimónico).A perspetiva hedónica procura compreender as avaliações pessoais do individuo relativamente a sua vida, ou seja, aavaliação que o individuo faz da sua experiência e a sua perceção da sociedade (Paschoal,2008; Sheldon & Bettencourt,2002),considerando expectativas de vida e experiências prévias (Gouveia et al,2009; Sheldon & Bettencourt,2002). É constituído por duas componentes distintas que se interrelacionam entre si, a afetiva (afetos positivos e afetos negativos, esperando que existam mais emoções positivas que negativas)e a cognitiva (satisfação com a vida), isto é, a avaliação que o indivíduo faz sobre a sua vida em geral, (Deci & Ryan, 2008; Diener& Suh, 1998; Galinha & Ribeiro,2005).Por outro lado, o estudo no âmbito do Bem-estar Psicológico apoia-se na noção que o bem estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades do individuo, da sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso, dimensões básicas do funcionamento positivo que surgem nos modelos teóricos da psicologia do desenvolvimento, psicologia clínica e saúde(Ryan e Deci 2001).

O modelo do Bem-estar psicológico surgiu no final da década de 1980 com o trabalho de Carol Ryff (1989) na procura de definir a estrutura basica do BEP. Para esta autora o bem-estar psicológico é um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo a partir dos recursos psicológicos que o indivíduo dispõe (processos cognitivos, afetivos e emocionais). Ryff (1989) descreve seis dimensões centrais ao funcionamento psicológicopositivo, nomeadamente: a aceitação de si que consiste em ter uma atitude positiva em relação a si próprio e aceitar os múltiplos aspetos da sua personalidade; as relações positivas com os outros, ou seja, relacionamentos positivos seguros e satisfatórios; domínio do meio, ter competências para satisfazer as suas necessidades e valores pessoais; crescimento pessoal, abertura a novas experiencias e crescimento continuo; objetivos de vida, definir metas e manter objetivos de vida; autonomia, independência acerca de aprovações externas.

Ryff & Keyes (1995) consideram que as dimensões psicológicas do modelo bem-estar psicológico adotam a mesma importância e magnitude, uma vez que cada dimensão

considera os vários desafios que o sujeito enfrenta na procura do bem-estar, a sua análise possibilita verificar o bem-estar psicológico global.

Capítulo II- Violência e vitimação na idade adulta

De acordo com o relatório mundial sobre a saúde e violência e segundo (Dahlberg & Krugg,2002) a violência é um fenómeno transversal a todas as sociedades que sempre fez parte da experiência humana. Todos os anos são inúmeros os casos em que as pessoas perdem a vida ou sofrem outros tipos de dano resultantes de agressões,acarretando elevados custos para a sociedade, no que se refere aos cuidados de saúde, e também no que concerne à economia dos países, nomeadamente altas taxas de absentismo provocado pelos atos violentos. Segundo o mesmo relatório, a violência divide-se em três grandes categorias segundo as características de quem comete o ato violento, nomeadamente: violência auto-dirigida,ou seja, envolvendo ações de violência face a si próprio (e.g., suicídio) violência interpessoal(e.g., violência dirigida ao parceiro/a ou outros elementos da família, violência face a desconhecidos) e violência coletiva(e.g., atos terroristas)(OMS,2002).No que se refere à natureza da violência, a literatura tem vindo a discriminar três formas de violência, designadamente física, sexual e psicológica (Machado & Gonçalves, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS,2011), define violência como o “uso intencional da força ou poder em forma de ameaça ou agressão efetiva, contra si mesmo ou outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade em resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação, associando a intencionalidade com a pratica do ato violento, independentemente do resultado produzido”. Os atos violentos podem resultar em danos vários, de natureza física, psicológica, sexual, entre outros, afetando, direta e indiretamente, a vida de muitas pessoas(OMS,2011).

Esta definição permite ampliar os limites do ato violento, passando a incluir atos resultantes de relações de poder, nomeadamente a intimidação, a ameaça, a negligência ou a omissão que nem sempre resultam em ferimentos ou mortes mas podem causar danos psicológicos, físicos e sociais(Dahlberg & Krugg,2002).

2.1-Assédio Moral: Definição, caracterização e impacto para as vítimas

O assédio surge de forma insignificante e propaga-se nos ambientes laborais devido à competitividade empresarial e ao fenómeno da globalização, fazendo com que o trabalhador, muitas vezes, se debata contra a sua própria condição humana, desprezando os colegas, tornando-se insensível e sem condutas éticas, o que proporciona um cenário perfeito para a difusão de comportamentos abusivos contra os trabalhadores num "contexto sociocultural atual que permite o desenvolvimento da perversão porque esta é tolerada" (Hirigoyen, 1998).

Vários autores e entidades de referência na matéria têm vindo a alertar para o aumento desta realidade de vitimação no contexto laboral, situação quase sempre atribuída ou relacionada a fatores macroestruturais, decorrentes do fenómeno de globalização e crescente competitividade no mercado laboral (Hirigoyen, 1998, p. 8).

De entre os vários contextos e tipos de violência presentes na nossa sociedade, o assédio moral no trabalho tem vindo a adquirir progressivo destaque na literatura. Apesar deste interesse crescente, registado durante as últimas duas décadas, a sua terminologia e definição têm sido alvo de debate, nem sempre pacífico. Várias expressões distintas são utilizadas para nomear o fenómeno, variando em função do país/zona geográfica: *Harcelement moral* (França); *Molestie psychologique* (Itália); *Bullying, Bossing* ou *Harassment* (Inglaterra, Irlanda e Austrália); *Mobbing* (Estados Unidos, Países Nórdicos, Bálticos e Europa central); *Ijime* (Japão); *Acoso moral, acoso psicológico* e *mobbing* (Brasil); Coação ou assédio moral (Portugal) (Sá, 2008).

Apesar de tal diversidade terminológica, vários autores procuram definir o fenómeno, surgindo assim várias definições sem nunca se ter chegado a um consenso para a adoção de uma definição a nível internacional. Contudo, é hoje possível reunir um conjunto de ideias centrais sobre este tipo de violência e garantir, com relativo grau de confiança, que ao nível do seu conteúdo estas se traduzem em fenómenos similares.

O assédio moral foi descrito pela primeira vez em 1976 pelo psiquiatra americano Carroll Brodsky, num livro intitulado "*The harassed worker*". Não obstante, apenas alguns anos mais tarde o fenómeno adquiriu maior visibilidade internacional (década de 90 do século XX), na sequência dos trabalhos de Heinz Leymann e sob a designação *mobbin*). Atualmente, reconhece-se que a frequência de ocorrência dos comportamentos de violência, bem como a duração do processo são elementos centrais deste tipo de violência. Nesta sequência, este fenómeno não se define por atos avulsos de agressividade, exigindo

repetição dos comportamentos. Outra característica chave é o desequilíbrio de poder entre as partes intervenientes no processo, o qual pode estar associado com a posição formal do agressor na organização ou pode estar relacionado com fontes de poder informal. Por último, salienta-se a intencionalidade dos comportamentos, ainda que esta, pela impossibilidade prática de aferição, não seja incluída formalmente na definição; em vez disso, considera-se a percepção de intencionalidade por parte da vítima, a qual influi na sua avaliação dos comportamentos (Einarsen, 2000; Hoel, Rayner, & Cooper, 1999; Zapf, Einarsen, Hoel & Cooper, 2011).

Segundo Hirigoyen (2002), o assédio moral define-se como sendo “(...) qualquer comportamento abusivo (e.g., gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, pela sua repetição ou pela sua sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, pondo em perigo o seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho.” No entanto para Leymann (1996a), o assédio moral consiste em “(...) comportamentos desagradáveis, repetidos e persistentes em relação a um ou mais indivíduos e que envolve uma dimensão de ofensor-vítima, e que contribui para um ambiente de trabalho hostil”. Segundo Ege (citado em Basso, 2010), o assédio moral “corresponde a uma situação profissional de conflito sistemático, persistente e em constante progresso em que uma ou mais pessoas estão sujeitas a perseguição por um ou mais atacantes em posição acima, abaixo ou igual, com o objetivo de causar danos à vítima de vários tipos e gravidade”. Os comportamentos de assédio (e.g., não transmitir informações úteis para a realização de tarefas; retirar à vítima a sua autonomia; restringir o acesso a instrumentos de trabalho tais como telefone, fax, computador; pressionar a vítima para que esta não exija seus direitos) podem instalar-se de forma subtil e/ou “insignificante” mas tendem a escalar insidiosamente. Muitas vezes, este tipo de abuso começa pela não aceitação do outro como diferente ou por ter ideias diferentes dos demais. De uma forma geral, o sexo, a raça, a forma de vestir, de ser, de falar ou reagir são fatores determinantes para o processo de inclusão/exclusão dos indivíduos num grupo e, nesse sentido, podem afigurar-se determinantes também para a experiência/perpetração deste tipo de violência (Hirigoyen, 1998).

O assédio moral no local de trabalho é uma realidade cada vez mais documentada nos estudos empíricos e nas estatísticas de diversos organismos nacionais e internacionais. Segundo o relatório da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (*European Agency for Safety and Health at Work*, 2009), 6% dos trabalhadores da União Europeia foram expostos a ameaças e violência física por parte de colegas de trabalho ou

outros (e.g., superiores, clientes). De acordo com a mesma fonte, as taxas de incidência mais elevadas são encontradas em países do norte da Europa e, de uma forma geral, em alguns setores ocupacionais, como a saúde, o trabalho social, a educação, os transportes, a administração pública, a defesa e a restauração. O IV Inquérito Europeu sobre as condições de trabalho, em 2005, as mulheres evidenciam uma taxa de incidência superior aos homens (6% versus 4%) e os trabalhadores por conta de outrem são mais suscetíveis de serem alvo de assédio moral do que os trabalhadores por conta própria (6% versus 3%). Relativamente à dimensão organizacional, regista-se um maior nível de incidência de assédio moral nas empresas de maior dimensão (> 250 trabalhadores) e em termos sectoriais, são os sectores da educação, da saúde, dos serviços sociais e da hotelaria/restauração que registam níveis de incidência acima da média europeia (Parent-Thirion, Macías & Vermeulen, 2007). De acordo com uma sistematização de Di Martino (2002, como citado em Guimarães & Rimoli, 2006) a prevalência do assédio moral no trabalho situa-se entre mais de 1% a mais de 50%, dependendo do método utilizado, da ocupação ou sector e também do país de ocorrência (Guimarães & Rimoli, 2006).

Em termos de impacto da experiência de assédio moral em contexto laboral, as suas vítimas podem apresentar diminuição da motivação e satisfação no trabalho, decréscimo de criatividade, absentismo (Hoel, Einarsen & Cooper, 2003), para além de problemas vários ao nível do ajustamento psicológico, nomeadamente diminuição da autoestima (Semmer et al. 2007) e elevados níveis de *distress* psicológico incluindo a ansiedade e depressão (Hauge, Skogstad, & Einarsen, 2010; Hansen et al., 2006). Alguns investigadores sugerem, ainda, que as vítimas deste tipo de violência apresentam sintomas similares aos da perturbação de stress pós-traumático, exibindo níveis de sintomas de PPTS e em maior quantidade quando comparados com indivíduos expostos a outras situações potencialmente traumáticas (e.g., recentemente divorciados, vivências de guerra), e ainda elevados índices de burnout e exaustão emocional (Wu & Hu, 2009), comprometendo a sua saúde e bem-estar pessoal (Herscovis & Reich, 2015).

No que concerne à organização/empresa, os efeitos refletem-se no elevado absentismo, na redução da produção e da qualidade, transferências frequentes do pessoal, custos na admissão e com a formação de novos funcionários, declínio da motivação, da satisfação e da criatividade, podendo, ainda, verificar-se uma redução no número de clientes e provocar danos para a imagem social da empresa (Elgenneni & Vercesi, 2009).

A um nível mais global, para a sociedade em geral, o assédio moral poderá resultar em perda de trabalhadores produtivos (e.g., aumento do desemprego, reformas

antecipadas), aumento de custos médicos(e.g., baixas médicas, internamentos) e aumento do número de suicídios (Elgennen, & Vercesi, 2009).

Perante o exposto podemos constatar que as implicações do assédio moral para o indivíduo assediado são severas e perduram ao longo do tempo atingindo não só a vítima mas também outros significativos, nomeadamente a família uma vez que esta sofre junto do indivíduo, devido a mudança substancial de comportamento da vítima tornando-o mais agressivo, irritado, desmotivado ou isolado (Hirigoyen, 2006; Bradaschia, 2007).

Capítulo III- Suporte social e funcionamento psicológico

O papel protetor do suporte social ganha relevo com os estudos pioneiros de Cobb (1976), onde o constructo surge pela primeira vez operacionalizado como uma entidade específica e influente para a saúde, pela sua capacidade facilitadora no confronto e adaptação a situações de crise emocional (Coelho & Ribeiro, 2000).

Várias pesquisas na área do suporte social têm demonstrado que este exerce influências positivas sobre o bem-estar, ao diminuir o stress decorrente do quotidiano organizacional, gerando, assim, experiências positivas relacionadas à qualidade de vida e à promoção da saúde (Seidl & Tróccoli, 2006). Por outras palavras, o suporte social consiste num conceito multidimensional que mantém estreita relação com o bem-estar, produzindo ganhos físicos e mentais para a saúde dos indivíduos (Rodriguez & Cohen, 1998), constituindo-se, assim, em um preditor positivo do bem-estar (Acker, 2004; Barak & Levin, 2002),

As evidências empíricas são reveladoras no que respeita à influência que o suporte social, satisfação com o apoio dos familiares, amigos e nível de intimidade exercem no ajustamento psicológico e no bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000).

Segundo as conclusões de (Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Mota, 2011) é possível afirmar que indivíduos detentores de suporte social, tornam-se mais fortes, e com melhores capacidades quando confrontados com eventos negativos, reduzindo a existência do stress, assim sendo o suporte social torna-se um recurso para o indivíduo.

Contudo a análise do suporte social, deve ter em conta algumas especificidades, tais como, o desemprego, a violência, as condições de vida, as relações estabelecidas entre as pessoas, o quotidiano e o ambiente em que vivem, pois estes aspetos, para algumas pessoas, podem afetar a saúde e o bem-estar (Arrossi, 1994, citado em Pietrukowicz, 2001).

Existem inúmeros conceitos e tipologias relacionadas com o suporte social criando alguma dificuldade na aceitação generalizada de uma definição. Apesar disso Cobb(1976) define o suporte social como a informação que conduz o individuo a acreditar que é amado e que os outros se preocupam com ele, sentimentos estes que levam o individuo a acreditar que é apreciado, que tem valor, e a um sentimento de pertença a um grupo com obrigações mútuas(Ornelas,1994).No entanto a definição mais utilizada de suporte social é proposta por Sarason e colaboradores (1983, citado em Pais-Ribeiro, 1999a), que define como a existência ou a disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, de pessoas que nos demonstram a sua preocupação connosco, nos valorizam e gostam de nós.

Apesar das diferenças na sua definição o suporte social foi sujeito a um grande número de investigações durante as ultimas décadas. Destas investigações conclui-se que o suporte social tem um grande valor terapêutico no que respeita a saúde mental e a saúde física (Pearson,1986), favorecendo a recuperação e o bem-estar (Andrade & Vaitsman, 2002)

Segundo Singer e Lord (1984) o suporte pode ser informal, emocional ou material, podendo, ainda, ser interpessoal quando fornecido por amigos, familiares ou conhecidos. Adicionalmente, pode ser relativamente formal, isto é, disponibilizado por organizações e associações não governamentais ou proporcionado por profissionais tais como psicólogos, assistentes sociais entre outros(Pais-Ribeiro, 1999^a).

Wills refere que existem quatro tipos de apoio social, dentro dos quais, o apoio à estima (os outros têm uma grande influência no aumento da autoestima do sujeito), o apoio informativo (as outras pessoas oferecem conselhos ao indivíduo) o acompanhamento social (o apoio surge através de atividades) e o apoio instrumental (por exemplo, ajuda física).

Por sua vez Mazzei, Monroe, Sasaki, Gonzales eVilla (2003), mencionam que o suporte social pode ser também classificado: em Suporte Instrumental ou Tangível que se associa com o auxílio financeiro e ao fornecimento de bens e serviços que ajudem a resolver problemas básicos; Suporte Emocional refere-se ao sentimento de estima, de pertença a um grupo e de confiança, sendo este um aspeto essencial na manutenção da saúde e do bem-estar da pessoa; Suporte Informativo através deste suporte,os sujeitos procuram informação e conselhos de terceiros, de maneira a que estes os auxiliem na resolução dos problemas; Suporte Confirmativo que fornece a perceção de que os sentimentos do sujeito são percebidos pelos outros; Suporte Corporativo que fornece o sentimento de pertença ou manutenção da identidade social; e Suporte Avaliativo que fornece feedback ao sujeito.

Atualmente, as investigações sobre o suporte social demonstram a importância deste constructo e a sua relação com o bem-estar físico e psicológico (Pietrukowicz,2001), o autoconceito e a autoestima, a qualidade de vida,a saúde e a doença (Rigotto,2006). Ainda segundo a literatura, é possível observar que o suporte social se encontra entre os fatores de redução do impacto causado por eventos stressores (Antunes & Fontaine,2005).Concomitantemente, os resultados empíricos demonstram a influência que o suporte social, a satisfação com o apoio dos familiares, amigos e nível de intimidade exercem no ajustamento psicológico e no bem-estar (Coelho & Ribeiro,2000).

3.1-Modelos teóricos de suporte social

Apesar das diferenças na sua definição o suporte social foi objeto de um grande número de estudos durante as últimas décadas. Dois modelos teóricos têm orientado o debate sobre como opera o suporte social: o modelo do efeito direto ou principal e o modelo do efeito de buffer ou amortecimento do impacto dos acontecimentos e dificuldades de vida (Cohen & Wills, 1985; Thoits, 1995).

O modelo do efeito principal postula que, independentemente dos níveis de stress ou problemas na vida do indivíduo,o suporte social pode produzir efeitos diretos benéficos para a saúde e bem-estar (Broadhead et al., 1983; Cohen & Wills, 1985). Em sentido oposto, quando o suporte social diminui, o sistema de defesa é afetado, fazendo com que o indivíduo se torne suscetível à doença (Minkler, 1992).

O modelo de efeito de *buffer* ou amortecimento, aponta que o suporte social atua primariamente como um amortecedor (*buffer*), protegendo os indivíduos contra os efeitos nocivos do stress(Blumenthal et al., 1987). Perante determinados acontecimentos e exposição a consequências negativas,o suporte social atenua as consequências no que respeita a saúde ao bem-estar físico e psicológico (Minkler, 1992; Thoits, 1982).

Quando comparados quer o modelo do efeito principal quer o de *buffer* parecem ter impacto benéfico sobre a saúde o bem-estar. De facto, é possível que ambas as hipóteses sejam válidas (Ferrero, Barreto & Toledo,1998). Ou seja, embora o suporte social possa ser útil em todas as circunstâncias, pode ser particularmente protetor aquando da ocorrência de acontecimentos stressantes(Zimet et al., 1988).

Capítulo IV-Modelo conceptual da investigação / Objetivos

O objetivo geral deste estudo é testar o papel moderador do Suporte Social na predição do funcionamento psicológico atual, tendo como variável antecedente a

experiência de assédio moral no trabalho durante o último ano. De referir que o funcionamento psicológico atual é aqui conceptualizado em termos de (i) sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão) e (ii) bem-estar psicológico (Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de Si).

Tendo em conta os argumentos teóricos supramencionados, apresentamos de seguida os esquemas dos modelos de moderação para a associação das variáveis em estudo que pretendemos analisar.

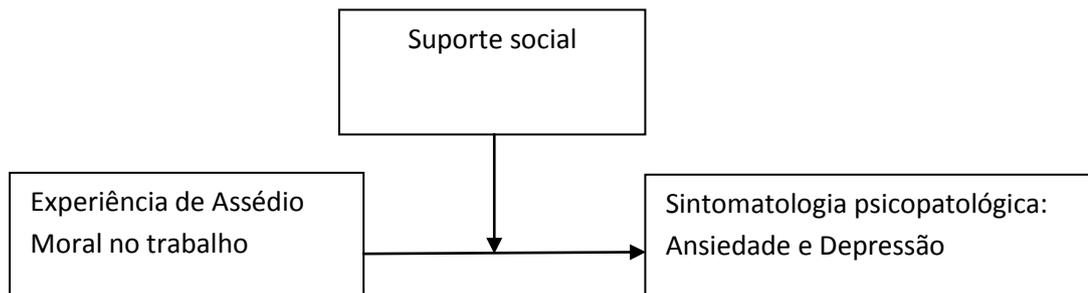


Figura 1. Diagrama conceptual do modelo de moderação para a predição da sintomatologia psicopatológica

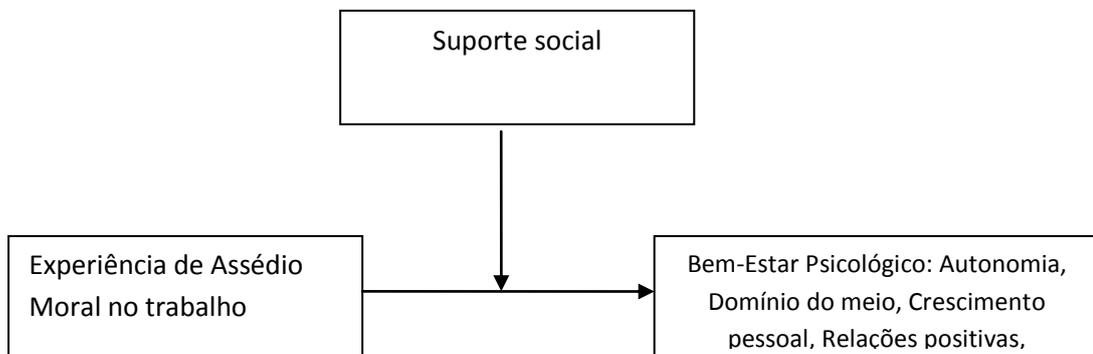


Figura 2. Diagrama conceptual do modelo de moderação para a predição do bem-estar psicológico

Deste modo, estabelecemos as seguintes hipóteses de estudo:

H1: A experiência de assédio moral no trabalho está positivamente correlacionada com a sintomatologia ansiosa e com a sintomatologia depressiva.

H2: O suporte social modera a relação entre a experiência de assédio moral no trabalho e a sintomatologia psicopatológica (Ansiedade e Depressão), esperando-se que o efeito deste tipo de violência em cada um destes tipos de sintomatologia seja menor em condições de elevado suporte social.

H3: A experiência de assédio moral no trabalho está negativamente correlacionada com cada uma das sub-dimensões do bem-estar psicológico: Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de si.

H4: O suporte social modera a relação entre a experiência de assédio moral no trabalho e cada uma das supramencionadas sub-dimensões de bem-estar psicológico, esperando-se que o efeito deste tipo de violência no bem-estar psicológico seja menor em condições de elevado ESS.

Capítulo V- Estudo Empírico

5.1-Método

5.2-Participantes

A amostra do estudo foi constituída por um total de 202 participantes, na maioria homens (76.2%), com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos (M= 35.34; DP= 13.30). trabalhadores da industria do mobiliário(99%).

Na sua quase totalidade, a amostra foi constituída por sujeitos de nacionalidade portuguesa (99.5%), residentes principalmente nos distritos do Porto (97.5%).

A maioria dos participantes eram casados (48.5%) ou solteiros (43%) e mantinham, à data da recolha dos dados, um relacionamento amoroso (48.5%) com coabitação (55.6%).

Na sua maioria, tinham formação académica ao nível do ensino secundario (35.6.2%).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra

	M (DP; Min., Max.) / % (N)
Sexo	
Feminino	23.8(48)
Masculino	76.2(154)
Idade	35.34(13.30;18;64)
Nacionalidade	
Portuguesa	99.5(200)
Brasileira	.5(1)
Distrito	
Porto	97.5(197)
Outro	2.5(5)
Estado Civil	
Solteiro/a	43(86)
Casado/a	48.5(97)
Divorciado/a	6(12)
Viúvo/a	2.5(5)
Envolvimento relacional/amoroso atual	
Sem Relação de Intimidade	28.6(56)
Com Relação de Intimidade, Sem coabitação	15.8(31)
Com Relação de Intimidade, Com coabitação	55.6(109)
Rendimento mensal bruto agregado familiar	1773.64 (735.81;570;5000)
Escolaridade	
1º Ciclo EB	13.9(28)
2º Ciclo EB	14.9(30)
3º Ciclo EB	31.2(63)
Secundário	35.6(72)
1º Ciclo ES/Licenciatura	1(2)
2º Ciclo ES/Mestrado	3(6)
Condição Escolar/Profissional atual	
Trabalhador	99(200)
Trabalhador-Estudante	1(2)

Nota. Os N's totais variam ligeiramente devido aos *MissingValues* e, por isso, são reportadas as percentagens válidas.

5.3-Instrumentos

Questionário sociodemográfico: Foi desenvolvido especificamente por este estudo e tem como finalidade recolher dados sociodemográficos e socioculturais da amostra. É constituído por um conjunto de questões sobre: idade, sexo, nacionalidade, país de origem, longevidade da estadia em Portugal, concelho de residência, número de filhos, estado civil, envolvimento relacional atual, número de pessoas que coabitam na mesma casa, grau académico, condição escolar/profissional, profissão, rendimento do agregado familiar, nível socioeconómico (NSE), origem étnica, crenças ou práticas religiosas.

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP; Ryff,1989, versão adaptada para a população portuguesa por Novo, 2003). A EBEP é um instrumento de autorrelato utilizada para avaliar as dimensões de BEP. Este instrumento de autorrelato é composto por um total de 84 itens, organizados em seis dimensões (cada uma das quais com 14 itens): Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positiva, Objetivos na Vida

e Aceitação de Si. Todos os itens são avaliados numa escala de *Likert* de seis pontos variando de *Discordo completamente*(1) a *Concordo completamente*(6). O instrumento tem revelado bons índices de fidelidade e consistência interna.

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MPSSP; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988, versão adaptada para a população portuguesa por Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, & Mota-Pereira, 2011). MSPSS faz uma avaliação subjetiva de apoio social, recolhendo informação sobre o apoio social percebido pelos sujeitos em três áreas: família, amigos e outros significativos. Este instrumento de autorrelato é composto por 12 itens que avaliam o suporte social percebido por parte da família (4 itens), dos amigos (4 itens), e de outros significativos (4 itens). Permite ainda obter um *score* total. Os itens são respondidos numa escala de *Likert* de 6 pontos, desde *Discordo fortemente* (1) a *Concordo fortemente* (6). A pontuação total para a escala pode variar entre 12 e 72, correspondendo as pontuações mais altas a uma perceção de maior suporte social. O instrumento tem revelado bons índices de consistência interna.

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982, versão adaptada para a população portuguesa por Canavarro, 2007). Este instrumento de autorrelato foi selecionado por fornecer uma avaliação sumária de sintomatologia psicopatológica. Apesar de ser constituído por um total de 53 itens (organizados em nove dimensões), para este estudo serão apenas incluídos 12 itens, correspondentes às sub-escalas de Ansiedade (6 itens) e Depressão (6 itens) . Cada item é respondido numa escala de tipo *Likert* com 5 pontos, desde *Nunca* (0) a *Muitíssimas vezes* (4). O instrumento tem revelado bons índices de fidelidade e consistência interna.

Questionário de Experiências de Vitimação na Idade Adulta (QEVIA; Antunes, Ferreira & Magalhães, (2016), adaptado de Lisboa, Barroso, Patrício & Leandro, (2009). O QEVIA é um questionário de autorrelato, do tipo inventário comportamental, que permite avaliar eventuais experiências de vitimação sofridas pelo participante durante o último ano. É composto por um total de 25 itens, correspondentes a 4 tipos principais de violência: Discriminação sociocultural – 6 itens; Violência Psicológica – 9 itens, Violência Física – 5 itens; Violência Sexual – 5 itens. Para cada item, é respondido numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, desde 0 (“Nunca”) a 4 (“Frequentemente/Repetidamente - + de 10 vezes”) nunca 0 pontos), a frequentemente 4 pontos). Assim, este questionário permite, não só avaliar a experiência de vitimação durante o último ano (em termos de tipologia), mas também a sua caracterização mais aprofundada, nomeadamente ao nível do/a autor/a. Na amostra de investigação o QEVIA relativamente aos valores de consistência interna da

experiência de vitimização, Discriminação .890; Abuso psicológico .844; Abuso físico .904; Abuso sexual .894

Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R; Einarsen & Hoel, 2001, versão adaptada para a população portuguesa por Verdasca, (2008). Esta escala permite estimar os níveis de assédio moral no local de trabalho. É originalmente constituída por 38 itens, organizados em cinco fatores (Assédio organizacional, Assédio de exclusão social, Assédio relacionado com o trabalho, Assédio intimidativo e Assédio pessoal). Considerando a natureza dos itens/fatores e os objetivos deste estudo, será apenas utilizada a sub-escala relativa ao Assédio organizacional (18 itens). Cada item é respondido numa escala de *likert de 5 pontos*, um (nunca), dois (de vez em quando), três (mensalmente), quatro (semanalmente) ou cinco (diariamente).

5.4-Procedimentos

Este estudo enquadra-se num projeto de investigação mais amplo, levado a cabo por uma equipa de investigadores da ULP (Universidade Lusófona do Porto) e do ISCTE (IUL) (Instituto Universitário de Lisboa), visando recolher dados sobre diferentes experiências de assédio no trabalho e sobre a forma como as pessoas se sentem face às mesmas. A recolha dos dados para esta investigação, foi realizada no formato de papel num registo presencial. Num primeiro contacto com os participantes foi feita uma apresentação sobre o tema em estudo, onde foram explicados os objetivos e os procedimentos necessários para o preenchimento dos inquéritos. Após esta explicação e acordada a forma de recolha dos mesmos e como forma de garantir o anonimato e confidencialidade foi criada no local de entrega uma caixa devidamente selada onde os inquéritos seriam depositados. Em seguida procedemos a entrega dos respetivos questionários aos participantes que aceitaram participar no estudo de forma voluntários. Posteriormente, os dados foram introduzidos numa base de dados informatizada e analisados quantitativamente, com recurso ao software informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23.0).

5.5-Resultados

5.5.1-Medidas descritivas das variáveis em estudo

Começa-se por apresentar na Tabela 1 as medidas descritivas (Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo) das variáveis em estudo: NAQ-R (Total), MSPSS (Total), BSI (Subescalas Ansiedade e Depressão) e EBEP (Subescalas Autonomia, Domínio do meio, Crescimento pessoal, Relações positivas, Objetivos na vida e Aceitação de Si).

Tabela 2
Medidas descritivas das variáveis em estudo: *QEVIA, ESS, BSI e EBEP*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max</i>	
NAQ-R	27.77	6.51	1	66	
MSPSS	67.14	9.81	12	84	
BSI	Ansiedade (Ans)	1.96	2.68	0	13
	Depressão (Dep)	2.47	2.59	0	17
EBEP	Autonomia (A)	51.13	7.13	37	82
	Domínio do meio (DM)	59.91	7.02	40	107
	Crescimento pessoal (CP)	67.05	8.93	43	79
	Relações positivas (RP)	60.59	6.57	40	84
EBEP	Objetivos na vida (OV)	65.61	7.41	47	78
	Aceitação de Si (AS)	59.58	5.96	42	85

Assédio Moral e sintomatologia psicopatológica – Teste da Hipótese 1

Apresentamos na Tabela 3 os resultados relativos às correlações entre as diferentes experiências de vitimação de Assédio Moral e as sub-escalas de Depressão e Ansiedade. Tal como se ilustra, foram encontradas correlações positivamente significativas entre todas as experiências de vitimação e ambas as sub-escalas de psicopatologia, indicando que níveis superiores destes tipos de vitimação se associam a níveis superiores de sintomas depressivos e ansiosos.

Tabela 3
Assédio Moral e Sintomatologia psicopatológica: Análises de Correlação

	1	2	3
1. NAQ-R	-		
2. BSI_Ans	.215**	-	
3. BSI_Dep	.206**	.681***	-

Nota. Os valores apresentados representam *Coefficientes de correlação de Pearson*. ** $p < .01$; *** $p < .001$

Assédio Moral, suporte social e sintomatologia psicopatológica: Testes de moderação – Teste da Hipótese 2

De modo a procedermos à análise do potencial efeito moderador do Suporte Social na relação entre assédio moral e sintomatologia psicopatológica, efetuámos duas análises de regressão linear múltipla (VD₁: Depressão; VD₂: Ansiedade). Para tal, procedemos à centralização dos valores das variáveis independentes/preditoras (Discriminação, Violência Física, Violência Psicológica e Violência Psicológica) e da variável moderadora (suporte social), por forma a eliminar a colinearidade não essencial. Tal como se ilustra na Tabela 4, o suporte social não modera a relação entre o assédio moral e a sintomatologia psicopatológica (Depressão, Ansiedade).

Tabela 4

Assédio moral, Suporte social e Sintomatologia Psicopatológica: Testes de moderação

		R ²	F (df ₁ , df ₂)	p	β	P
	Assédio Moral					
BSI_Ans	NAQ-R	.049	(3,198)	.019	.578	0.02
	MSPSS		3.391		.035	.852
	NAQ-R*MSPSS				-.100	.492
	Assédio Moral					
BSI_Dep	NAQ-R	.043	(3,198)	.033	.537	.004
	MSPSS		2.972		.001	.997
	NAQ-R				.051	.719
	*MSPSS					

Nota. As análises foram efetuadas com as VI's centradas (NAQ-R e MSPSS), por forma a eliminar a colinearidade não essencial. Os valores β representam coeficientes não padronizados.

Assédio Moral e Bem-Estar Psicológico – Teste da Hipótese 3

A Tabela 5 descreve os resultados relativos às correlações entre as diferentes experiências de vitimação do Assédio Moral as seis dimensões do Bem-Estar Psicológico (Autonomia, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, Objetivos na Vida e Aceitação de Si). Os resultados obtidos indicaram a existência de correlações negativamente significativas entre o assédio moral e duas das dimensões do Bem-Estar Psicológico – Objetivos na Vida e Aceitação de Si); ou seja, níveis superiores de vitimação estavam associados a níveis inferiores deste tipo de bem-estar. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o assédio moral e as restantes dimensões do Bem-Estar.

Tabela 5
Vitimação e bem-estar psicológico: Análises de Correlação

	1	2	3	4	5	6	7
1. NAQ_R	-						
2. EBEP_A	.005	-					
3. EBEP_DM	-.060	.206**	-				
4. EBEP_CP	-0.75	-.035	.517***	-			
6. EBEP_RP	-.101	.264***	.384***	.634***	-		
6. EBEP_OV	-.164*	.009	.604***	.861***	.644***	-	
7. EBEP_AS	-.234**	.285***	.460***	.538***	.583***	.608***	-

Nota. Os valores apresentados representam *Coefficientes de correlação de Pearson*. * $p < .05$; **; $p < .01$; *** $p < .001$

Assédio moral, suporte social e bem-estar psicológico: Testes de moderação – Teste da Hipótese 4

Por forma a analisarmos o potencial efeito moderador do Suporte Social na relação entre Assédio Moral e Bem-Estar Psicológico, efetuámos também um conjunto de análises de regressão linear múltipla (seis), considerando agora como VD's cada uma das dimensões do bem-estar (VD₁: Autonomia; VD₂: Domínio da Meio; VD₃: Crescimento Pessoal; VD₄: Relações Positivas; VD₅: Objetivos na Vida; VD₆: Aceitação de Si). Mais uma vez, utilizámos para o efeito os valores centrados das variáveis independentes/preditoras (Assédio Moral) e da variável moderadora (suporte social), por forma a eliminar a colinearidade não essencial.

Os resultados obtidos e apresentados na Tabela 6, indicaram um efeito de interação/moderação estatisticamente significativo do Suporte Social entre o Assédio Moral e a dimensão relativa às Relações Positivas, ($\beta = .820$, $p = .017$), e na dimensão Aceitação de Si, ($\beta = .766$, $p = .016$) Não foram encontrados outros efeitos de interação/moderação estatisticamente significativos do Suporte Social no que concerne às outras variáveis dependentes e independentes/preditoras.

Tabela 6

Assédio moral, suporte social e Bem-Estar Psicológico: Testes de moderação

		R ²	F (df ₁ , df ₂)	p	β	p
EBEP_A	Assédio Moral					
	NAQ-R		(3,198)		.470	.320
	MSPSS	.153	11.887	.000	2.815	.000
	NAQ-R *MSPSS				.255	.486
EBEP_DM	Assédio Moral					
	NAQ-R		(3,198)		-.195	.694
	MSPSS	.047	3.239	.023	1.333	.008
	NAQ-R *MSPSS				.550	.150
EBEP_CP	Assédio Moral					
	NAQ-R		(3,198)		-.456	.472
	MSPSS	.032	2.200	.089	1.135	.074
	NAQ-R *MSPSS				.779	.112
EBEP_RP	Assédio Moral					
	NAQ-R		(3,198)		-.315	.477
	MSPSS	.123	9.220	.000	2.018	.000
	NAQ-R *MSPSS				.820	.017
EBEP_OV	Assédio Moral					
	NAQ-R		(3,198)		-1.012	.052
	MSPSS	.057	3.985	.009	1.176	.024
	NAQ-R *MSPSS				.483	.229
EBEP_AS	Assédio Moral					
	NAQ-R		(3,197)		-1.250	.003
	MSPSS	.093	6.733	.000	.693	.092
	NAQ-R *MSPSS				.766	.016

Nota. As análises foram efetuadas com as VI's centradas (NAQ-R e MSPSS), por forma a eliminar a colinearidade não essencial. Os valores β representam coeficientes não padronizados.

Gráfico 1

Efeito Moderador do Suporte Social – Relações Positivas

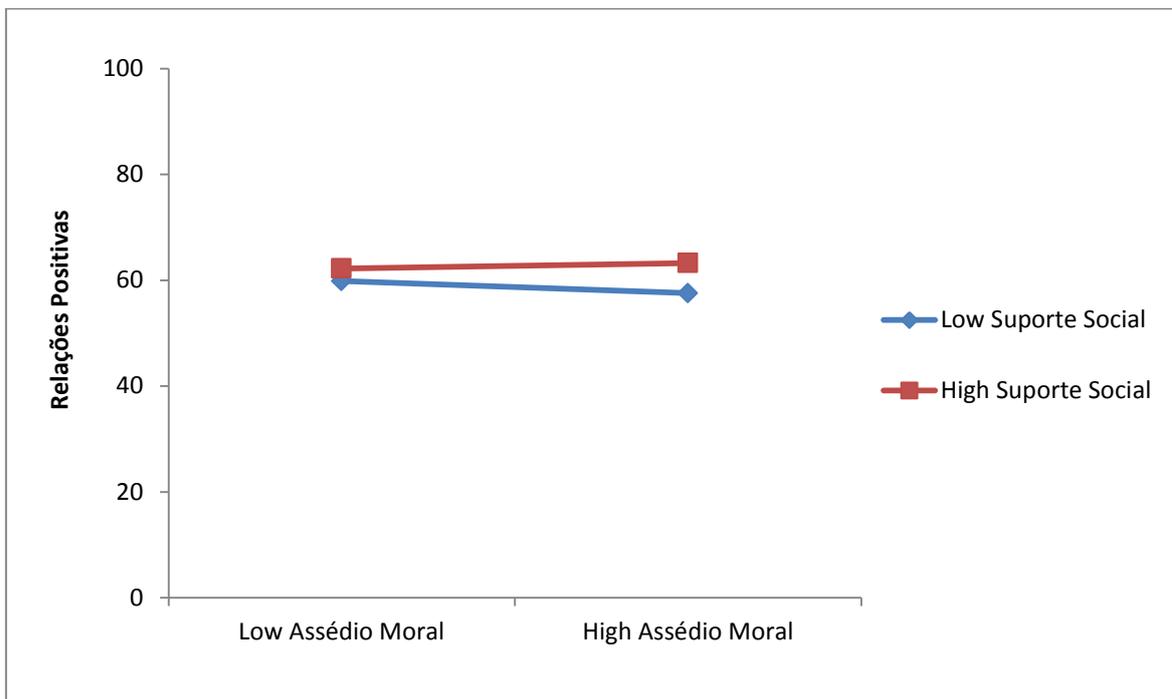
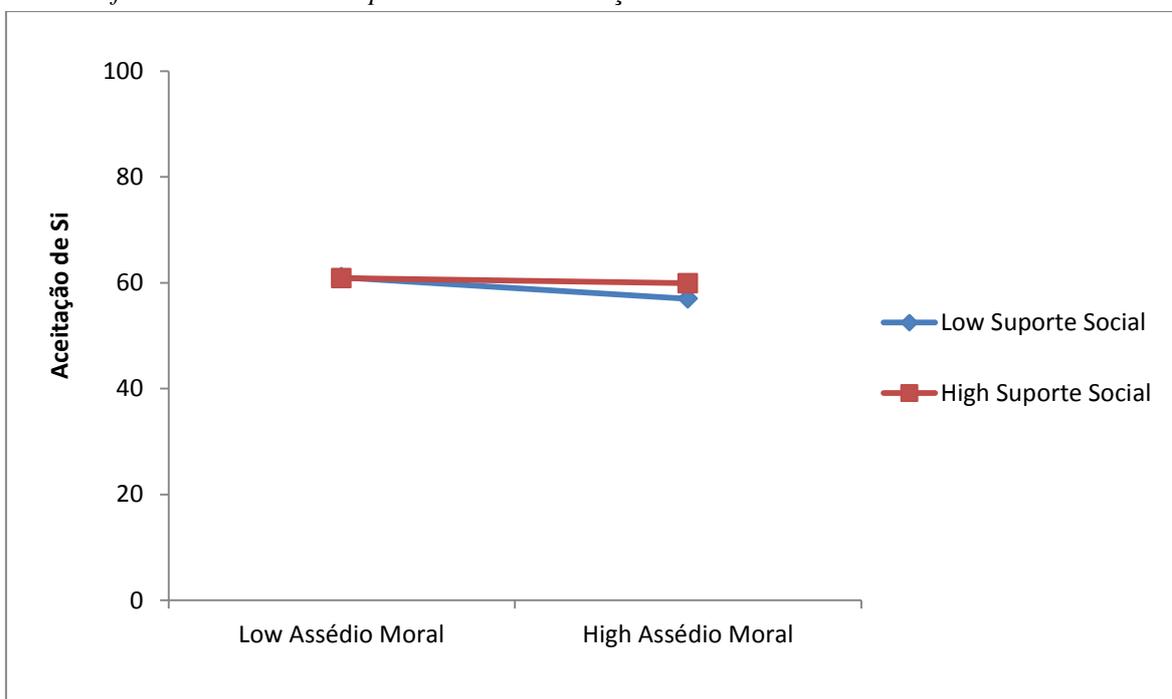


Gráfico 2

Efeito Moderador do Suporte Social – Aceitação de Si



Capítulo VI-Discussão / Conclusão

Com este estudo pretendeu-se, por um lado, analisar a relação entre a vitimação por assédio moral no trabalho e o funcionamento psicológico na idade adulta (incluindo sintomatologia psicopatológica e bem-estar psicológico) e, por outro, analisar o potencial papel moderador do suporte social em tal relação.

O assédio moral, no ambiente de trabalho, é um fenómeno que tem vindo a agravar-se nos últimos anos. Apesar do elevado numero de pessoas afetadas e dos custos elevados para as organizações e sociedade a violência no trabalho, mais especificamente o assédio moral tem merecido menos investimento e atenção empírica, nomeadamente no contexto nacional. Em suma, podemos constatar que o assédio moral no trabalho gera custos económicos, sociais e de saúde pública que afetam em primeiro os indivíduos, as organizações e de forma geral a sociedade. No que se refere à indústria do mobiliário segundo a associação de indústrias de madeira e mobiliário em Portugal esta representa 2500 milhões de euros em exportações, 7500 empresas do ramo, 55000 postos de trabalho diretos. Por sua vez, segundo dados da Associação de Indústrias de Mobiliário e Afins, as exportações das empresas do setor de mobiliário e de colchoaria registaram, no período compreendido de janeiro a agosto de ano 2016, um crescimento de 10% face ao período homólogo do ano passado como é generalizadamente conhecido, esta indústria caracteriza-se também, em Portugal, por um elevado nível de concentração geográfica. Encontram-se na Região Norte do País 68% das empresas de mobiliário de madeira portuguesas, a que correspondem 60% do volume de negócios do sector (como habitualmente, uma dimensão inferior à média nacional). 90% deste total (61% do total nacional) encontra-se no Distrito do Porto, leia-se, na prática, nos concelhos de Paredes e de Paços de Ferreira.

Em termos de impacto da experiência de assédio moral em contexto laboral, as suas vítimas podem apresentar diminuição da motivação e satisfação no trabalho, decréscimo de criatividade, absentismo (Hoel, Einarsen & Cooper, 2003), para além de problemas vários ao nível do ajustamento psicológico, nomeadamente diminuição da autoestima (Semmer et al. 2007) e elevados níveis de *distress* psicológico incluindo a ansiedade e depressão (Hauge, Skogstad, & Einarsen, 2010; Hansen et al., 2006).

Para além disso, importa sublinhar e destacar que o modelo teórico-conceitual adotado na presente investigação assume uma conceptualização multidimensional de saúde mental, assente na importância de uma abordagem mais holística e integrativa ao funcionamento psicológico individual – considerando-se, não apenas, dimensões de

psicopatologia, mas também de funcionamento positivo, nomeadamente bem-estar. Especificamente, não só a saúde mental não se refere à mera ausência de problemas psicológicos (Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt & Smith, 2002; Keyes, 2005) como também a literatura sugere um conjunto de razões para que se invista em estudos sobre bem-estar.

Outra dimensão importante a destacar é o facto de estudarmos o papel do suporte social. Tradicionalmente, a maioria dos estudos continua a privilegiar o estudo do impacto e consequências da vitimação, ignorando o papel e potencial importância dos fatores protetores, como é o caso do suporte social que, podendo não impedir a experiência, pode ter um efeito determinante no amortecimento do impacto. Esta análise mais integrativa dos fatores de risco e de proteção é fundamental, não apenas para a compreensão das experiências, mas também para a otimização das práticas de suporte e intervenção.

No que concerne à primeira hipótese de investigação, verificou-se uma correlação positivamente significativa entre as experiências de vitimação por assédio moral e ambas as sub-escalas de sintomatologia psicopatológica, indicando que níveis superiores deste tipo de vitimação estão associadas a níveis superiores de sintomas depressivos e ansiosos. Estes resultados são concordantes com as evidências prévias disponíveis na literatura. Especificamente, trabalhos de Hauge, Skogstad e Einarsen (2010), assim como de Hansen e colaboradores (2006) concluíram que as vítimas de assédio moral apresentavam elevados níveis de distress psicológico, incluindo ansiedade e depressão.

Para além disso, verificou-se também uma correlação negativamente significativa entre a experiência de assédio moral e o bem-estar psicológico, especificamente no que concerne às sub-dimensões ‘Objetivos na Vida’ e ‘Aceitação de Si’ (Hipótese 3). Estes resultados atestam também o potencial efeito nocivo deste tipo de violência para a saúde mental daqueles que dela são alvos e reforçam outras evidências empíricas sobre a relação entre este tipo de experiências interpessoais no local de trabalho e uma diminuição da motivação e satisfação no trabalho, decréscimo de criatividade, absentismo (Hoel, Einarsen, & Cooper, 2003) e diminuição da autoestima (Semmer et al., 2007). A experiência de assédio moral pode, não apenas comprometer os objetivos pessoais e de carreira de forma direta, como condicionar e/ou limitar indiretamente a visão que a vítima tem de si própria, desde logo pela importância que a dimensão profissional tende a assumir em termos de autoimagem e autoestima.

Os resultados relativos aos testes de moderação indicaram um efeito de interação estatisticamente significativo do Suporte Social na relação entre o Assédio Moral e bem-

estar psicológico, especificamente nas dimensões relativas às Relações Positivas e Aceitação de Si. Globalmente, foi possível concluir que níveis superiores de vitimação estavam associados a níveis superiores deste tipo de bem-estar em condições de maior suporte social. Estes dados corroboram conclusões de estudos anteriores, que demonstraram a importância do suporte social e a sua relação com o Bem-Estar físico e psicológico (Pietrukowicz,2001), autoconceito e autoestima, qualidade de vida e saúde em geral (Rigotto,2006). Neste caso em particular, o suporte social de terceiros face à experiência de vitimação por assédio moral pode ajudar a pessoa-vítima a preservar uma imagem positiva de si e dos outros, mitigando assim potenciais crenças de autodesvalorização (patrocinadas pelas estratégias características deste tipo de ofensa) e/ou de desconfiança e descrédito generalizado em relação aos demais.

Por outro lado, e contrariamente ao esperado, verificou-se que o suporte social não modera a relação entre a experiência de assédio moral e a sintomatologia psicopatológica. Algumas limitações deste estudo podem justificar tal ausência de resultados significativos a este nível, nomeadamente o tipo de medida utilizada para avaliação deste tipo de sintomatologia, não específica para dificuldades emocionais decorrentes do trabalho.

Outras limitações do estudo, que importa atender e considerar na leitura dos resultados, incluem as características da amostra (de conveniência, não representativa da população trabalhadora). Assim, estudos futuros devem privilegiar amostras mais alargadas e representativas. Outra limitação prende-se com o facto de terem sido utilizadas medidas de autorrelato (o que pode patrocinar o subrelato de algumas experiências, nomeadamente de experiências de vitimação) e também o facto de o protocolo administrado ser extenso; neste último caso, as respostas – principalmente às últimas partes, podem ter sido condicionadas pelo efeito do cansaço.

Por fim, face a limitações referidas, sugerimos que estudos futuros devam continuar a investir em estudos relacionados com as experiências de vitimação e em amostra de trabalhadores, nomeadamente de outros setores económicos.

Referências Bibliográficas

Andrade, G.R.B. & Vaitsman, J. (2002). Social support and network: connecting solidarity and health. *Ciênc. saúde coletiva*, 7(4),(pp.925-934)

Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: Análise factorial confirmatória da escala Social Support Appraisal, *Paideia*, 15 (32), 355-366.

Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521-537.

Bradaschia, C. A.(2007)*Assédio moral no trabalho:a sistematizaçãodos estudos sobre um campo em construção*. Dissertação de mestrado .Fundação GetulioVargas, São Paulo.

Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), (pp.300-314)

Coelho, M. & Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjectiva de Bem-Estar em Mulheres Submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 1: 79-87.

Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D. & Mota-Pereira, J (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *Psychologia – Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 309-358.

Diener, E., & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and age: an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.

Deci, E. L., & Ryan, R. M (2008). Hedonia, Eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11.doi:10.1007/s10902-006-9018-1

Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D.,& Cooper,C.L. (2011) The Concept of Bullying and Harassment at Work. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D.,& Cooper,C.L, Bullying and Harressment (pp.3-40).NW: Taylor & Francis Group.

Elgenneni, M., Vercesi, C. (2009). Assédio moral no trabalho: implicações individuais, organizacionais e sociais. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, Brasília, v. 9, n. 1, (pp. 68-85)*

Ferrero, J., Barreto, M. P., & Toledo, M. (1998). *Estrés y salud*. In P. B. Martin, J. Martinez & M. T. Aliaga. *Intervención en psicología clínica y salud (pp. 9-58)*. Valencia: Promolibro.

Fava, G.A., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality 77:6* . doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x

Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença, 6, 203-214*.

Galinha I. (2008). *Bem-Estar Subjectivo. Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais*. 1ª Edição. Lisboa: Placebo Editora.

Guimarães, L. A. M., Rimoli, A.O. (2006). Mobbing no Trabalho: Um Síndrome Psicossocial Multidimensional *Psicologia: Teoria e Pesquisa Vol. 22 n. 2, (pp. 183-192)*

Herscovis, M.S., Reich, T., Niven, K. (2015). Workplace Bullying: Causes, Consequences, and Intervention Strategies. *Society for Industrial and Organizational Psychology. (pp.3-14)*

Hirigoyen, Marie-France. (1998). *Assédio Coação e Violência no Quotidiano. (pp.14-15)*. Lisboa: Editora Pergaminho.

Hoel, H., Einarsen, S., & Cooper, C. L. (2003). Organisational effects of bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace (pp. 145-161)*. London & New York: Taylor & Francis

Leyman, H. (1990b). *Mobbing and psychological terror at workplaces, Violence and Victims, 5(2), (pp.119-126)*. Springer Publishing Company

Mazzei, A. M. A., Monroe, A. A., Sasaki, C. M., Gonzales, R. I. C., & Villa, T. C. S. (2003). Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. *Boletim de Pneumologia Sanitária, 11(2), 41-46*.

Milczarek, M. (2009) European Agency for Safety and Health at Work. European risk observatory report (pp.1-3). Luxembourg: *Publications Office of the European Union*

Minkler, M. (1992). Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *Journal of International Health Services, 2, 303-316*.

Machado, C. & Gonçalves, R. A. (2003). *Violência e vítimas de crime-Adultos (2º ed)*. Coimbra: Quarteto.

Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), (pp.333-339)

Ostir, G. V., Ottenbacher, K. J., & Markides, K. S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and Aging*, 19, 402-408.

Pais-Ribeiro, J. (1999a). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Pietrukowicz, M.C.L.C. (2001). *Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro.

Parent-Thirion, A., Macías, E.F., Hurley, J. & Vermeulen, G. (2005). Fourth European Survey on Working Conditions. Luxembourg. *European Foundation for the Improvement of Live and Working Conditions*.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727

Ryan, R.M., Deci, E.L., (2001). On Happiness And Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. (pp.142-160). *Annu. Rev. Psychol.* 2001

Ribeiro, J. L. P. (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), *Análise Psicológica*, 3(XVIII), 547-558.

Rigotto, D. (2006). Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito. Dissertação (mestrado) –Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco

Semmer, N.K., Jacobshagen, N., Laurenz, L. Meier & Elfering, A. (2007) The stress as offense to self perspective. (pp.44-46)

Sá, L. (2008). *O Assédio moral e o Burnout na Saúde Mental dos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento em saúde mental, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychologist*, 55(1), 5-14.

Sheldon, K.M. & Bettencourt, B. A. (2002). Psychological needs and subjective well-being in social groups. *British Journal of Social Psychology*, 41, 25-38.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of Health and Social Behavior*, 53-79.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.

World Health Organization (WHO). (2002). World report on violence and health. Retrieved from <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>. 2002

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.