



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EM
COLABORADORES DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
DO NORDESTE**

Belandina Palmira Pires Ribas

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Pública.

Orientada por: Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Co orientada por: Celeste da Cruz Meirinho Antão

Bragança, junho de 2013



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EM
COLABORADORES DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
DO NORDESTE**

Belandina Palmira Pires Ribas

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Pública.

Orientada por: Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Co orientada por: Celeste da Cruz Meirinho Antão

Bragança, junho de 2013

Resumo

Os fatores psicossociais no trabalho resultam de interações do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por um lado, e as necessidades, os costumes, a cultura e as condições de vida dos trabalhadores fora do trabalho, por outro lado; estes fatores são suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho (OIT, 1986). Com o objetivo de avaliar os riscos psicossociais, foi elaborado o presente trabalho de investigação de cariz, observacional, analítico e transversal, recorrendo ao método quantitativo, que inclui uma amostra não probabilística acidental de 267 colaboradores da Unidade Local Saúde Nordeste, Empresa Publica Empresarial (ULSNE EPE). Foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário, no qual consta uma grelha de avaliação de riscos psicossociais com quinze categorias de riscos psicossociais, foram identificadas pelos colaboradores da ULSNE, como fatores de risco psicossociais, as exigências quantitativas, exigências qualitativas, condições de trabalho, insegurança física / pertences e bens e tipo de liderança. Ainda de salientar que 37.1% dos inquiridos refere que o horário por turnos às vezes interfere com a vida familiar, 33% refere que sim e 30% dos inquiridos consideram não sofrer interferências. Dos inquiridos que trabalham por turnos 63,5% consideram que esse tipo de horário tem consequências para a sua saúde. Para os fatores “Exigências quantitativas”, “Exigências qualitativas”, “Condições de trabalho”, “Insegurança física/pertences e bens” não há uma relação estatisticamente significativa com as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão, pois todos os valores de prova obtidos são superiores a 5%. Para o fator liderança, há uma relação estatisticamente significativa com o sexo e com a idade pois os valores de prova obtidos são inferiores a 5%, dos indivíduos da amostra que evidenciaram estar expostos aos fatores de risco “Exigências quantitativas”, “Exigências qualitativas”, “Condições de trabalho”, “Insegurança física/pertences e bens”, é indiferente do sexo, a idade ou antiguidade na profissão.

Palavras-Chave: Riscos Psicossociais, Prevenção e Saúde

Abstract

Psychosocial factors at work result from interactions of the desktop, content, nature and working conditions, on the one hand, and the needs, customs, culture and living conditions of workers out of work, on the other. As the International Labour Organization refers (1986), these factors are likely to influence the health, performance and job satisfaction. With the aim of evaluating the psychosocial risks, the present study was designed, drafted observational, analytical and cross, using the quantitative method, which includes a non-probability sample of 267 employees from the Unidade Local Saúde Nordeste, Empresa Pública Empresarial (ULSNE EPE). It was used as an instrument of data collection a questionnaire which contains a grid of risk assessment with fifteen categories of psychosocial risks. There were identified, by the employees of ULSNE, as psychosocial risk factors, the quantitative requirements, quality requirements, working conditions, physical insecurity / possessions and goods and type of leadership. To note that 37.1% of the respondents stated that the time shift sometimes interferes with family life, 33% stated that yes and 30% of respondents consider not suffer interference. Of respondents who work in shifts, 63.5% believe the schedule has consequences for their health. For factors "Quantitative Requirements", "Quality requirements", "Working conditions", "Insecurity physical / belongings and goods" there is no statistically significant relationship between gender, age and seniority in the job. For the leadership factor, there is a statistically significant relationship with sex and age. For individuals exposed to risk factors "Quantitative Requirements", "Quality requirements", "Working conditions", "insecurity / physical possessions and goods", there was no statistically significant relationship between gender, age or seniority in the profession.

Key-words: Psychosocial Risks, Prevention and Health

Resumen

Los factores psicosociales en el trabajo resultan de interacciones de la atmósfera de trabajo, por un lado, y las necesidades, las costumbres, la cultura y las condiciones de vida de los trabajadores fuera de su trabajo, por el otro.

Como se refiere la Organización Internacional del Trabajo (1986), estos factores son susceptibles de influenciar la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. Con el objetivo de evaluar los riesgos psicosociales, fue elaborado el presente estudio, de cariz observacional, analítico y transversal, recorriendo al método cuantitativo, que incluye una muestra no probabilística accidental de 267 colaboradores de la Unidad Local de Salud Nordeste, Empresa Pública Empresarial (ULSNE EPE). Fue utilizado como instrumento de recoja de datos un cuestionario del cual consta una parrilla de evaluación de riesgos con quince categorías de riesgos psicosociales.

Fueron identificados pelos colaboradores de la ULSNE, como factores de riesgo psicosociales, las exigencias cuantitativas, exigencias cualitativas, condiciones de trabajo, inseguridad física/pertenencias y bienes y tipo de liderato. De destacar que 37,1% de los inquiridos refiere que el horario por turnos por veces interfiere con la vida familiar, 33% refiere que si y 30% de los inquiridos consideran no sufrir interferencias.

De los inquiridos que trabajan por turnos 63,5% consideran que el horario tiene consecuencias para la salud. Para los factores “Exigencias cuantitativas”, “Exigencias cualitativas”, “Condiciones de trabajo”, Inseguridad física/pertenencias y bienes” no hay relación estadísticamente significativa con las variables sexo, edad y antigüedad en la profesión. Para el factor liderato, hay una relación estadísticamente significativa con el sexo y con la edad. Para los individuos expuestos a los factores de riesgo “Exigencias cuantitativas”, “Exigencias cualitativas”, “Condiciones de trabajo”, Inseguridad física/pertenencias y bienes”, no se verifico existir relación estadísticamente significativa con los variables sexo, edad y antigüedad en la profesión.

Palabras-Clave: Riesgos Psicosociales, Prevención y Salud

Lista de Siglas Acrónimos e Abreviaturas

- ACT** – Autoridade Condições do Trabalho
- AVFRP** – Avaliação de Fatores Riscos Psicossociais
- C.I.T.E.** – Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego
- CA** – Conselho de Administração
- CS** – Centro Saúde
- CT**- Contrato de Trabalho
- CTFP** – Contrato de Trabalho Função Pública
- E.P.E.** - Entidade Publica Empresarial
- FRP** – Fator de Risco Psicossociais
- ICOH** – Comissão Internacional de Saúde no Trabalho.
- IPO** – Instituto Português de Oncologia
- NRMB** - Nível de Risco Muito Baixo
- NRB** – Nível de Risco Baixo
- NRM** – Nível de Risco Moderado
- NRA** – Nível de Risco Alto
- nº** - número
- NRMA** – Nível de Risco Muito Alto
- O.I.T.** – Organização Internacional do Trabalho
- O.E.R.** – Observatório Europeu de Riscos
- RP** – Riscos Psicossociais
- UH** – Unidade Hospitalar
- ULSNE** – Unidade Local de Saúde do Nordeste
- SHSST** – Serviço de Higiene Segurança e Saúde no Trabalho
- SPSS** – Statistics professional social sciences

Pensamento

A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.

(John Ruskin)

Dedicatória

A Todos os Trabalhadores que pelo empenho, dedicação e esforço contribuem para o progresso das instituições, e em particular nas unidades de saúde.

Agradecimentos

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo e sem os quais não seria possível concluir. A todos os colegas e outros colaboradores que se disponibilizaram para participar neste estudo.

À Professora Doutora Adília Fernandes e à Professora Doutora Celeste Antão, pela orientação, atenção e ajuda prestada ao longo do desenvolvimento desta investigação.

Ao serviço de Saúde ocupacional e Gestão de Risco Geral do IPO Porto, que gentilmente nos cedeu o Questionário “Avaliação de Riscos Psicossociais”, mais concretamente ao Doutor João Aguiar Coelho e à Doutora Cristiana Morais.

Agradeço ao meu marido, à minha filha e aos meus pais, por todo o apoio que me prestaram.

Aos meus colegas do Serviço de Ortopedia da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, pela paciência, palavras de apoio e toda ajuda que obtive.

Agradeço ainda a ajuda da Daniela e Margarida, que contribuíram para elaboração deste trabalho.

A todos ficarei eternamente grata.

Índice

Introdução	1
------------------	---

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- Fatores de Risco Psicossociais	5
1.1 - Carga Mental	8
1.2– <i>STRESSE</i>	10
1.2.1 - O <i>stresse</i> no trabalho.....	11
1.2.2 - Fatores de risco e efeitos do <i>stresse</i>	14
1.2.3- O <i>stresse</i> nos profissionais de saúde	15
1.2.4 – Prevenção do <i>stresse</i> no contexto laboral.....	16
1.3 – A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	17
1.3.1 - Conteúdo do trabalho.....	18
1.3.2 - Organização do tempo de trabalho.....	19
1.4 - CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS NO LOCAL DE TRABALHO	21
1.5 - CONFLITO ENTRE A VIDA LABORAL E A VIDA FAMILIAR	23
1.6 – LIDERANÇA.....	25
2. – AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO.....	28

CAPÍTULO II – PESQUISA EMPÍRICA

1 – Metodologia	31
1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	31
1.2 - PARTICIPANTES	34
1.2.1 – Amostra.....	34
1.3. PROCEDIMENTOS	35
1.3.1. Desenho do estudo.....	35
1.3.2 - Procedimentos éticos e deontológicos.....	36
1.4- INSTRUMENTOS DE MEDIDA	36
1.5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	40
1.5.1 – Operacionalização das variáveis.....	40
2 – Apresentação e descrição dos resultados	44
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	44
2.2 – IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EM PROFISSIONAIS DA ULSNE.....	48
2.2.1 – Identificação dos fatores de riscos psicossociais em profissionais a exercer funções nas Unidades Hospitalares.....	48
2.2.2 – Identificação dos Fatores de Risco Psicossociais em profissionais a exercer funções nos Centros de Saúde	53
2.3 – RELAÇÃO ENTRE OS FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS COM AS VARIÁVEIS SEXO, IDADE E ANTIGUIDADE NA PROFISSÃO DOS RESPONDENTES	56
2.4 – RELAÇÃO ENTRE OS FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS IDENTIFICADOS E O ESTADO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL.....	60
3 – Discussão dos resultados	63
Conclusão/sugestões/limitações da pesquisa	67

Referências Bibliográficas	70
Anexo I - Projeto de Intervenção "Trabalho sem stresse... vida melhor"	75
Anexo II-Autorização da ulsne, para aplicação do questionário.	88
Anexo III-Questionário – “ avaliação de riscos psicossociais”	89
Anexo IV-Grelha de cotação das dimensões, dos fatores de risco psicossociais. ...	90

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo da dinâmica do stress laboral	12
Figura 2 - Fatores de Risco ligados ao trabalho.....	13
Figura 3 - Cotação dos fatores de riscos psicossociais por categorias.....	39

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos colaboradores da ULSNE EPE.....	32
Tabela 2. Distribuição da amostra por unidade de trabalho	44
Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com o local onde exerce funções e as variáveis sociodemográficas	45
Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com o local onde exerce funções e antiguidade /vinculo.....	46
Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com o local onde exerce funções e o horário de trabalho	46
Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com o local onde exerce funções	47
Tabela 7. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nas UH	48
Tabela 8. Frequência relativa as categorias para a escala de aAVRP nos assistentes operacionais das UH	49
Tabela 9. Frequência relativa as categoria da escala de AVRP nos assistentes técnicos das UH	49
Tabela 10. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos enfermeiros das UH	50
Tabela 11. Frequência relativa as categorias da escala AVRP nos médicos das UH	50
Tabela 12. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que trabalham por turnos nas UH	51
Tabela 13. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que não trabalham por turnos nas UH	51
Tabela 14. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que trabalham no turno da noite nas UH	52
Tabela 15. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que consideram que o horário de trabalho interfere com a vida pessoal e familiar nas UH.....	52
Tabela 16. Frequência as categorias da escala de AVRP nos CS	53
Tabela 17. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos assistentes operacionais nas CS	53
Tabela 18. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos assistentes técnicos nos CS	54
Tabela 19. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos enfermeiros nas CS	54

Tabela 20. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos médicos nos CS.....	55
Tabela 21. Frequência as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que trabalham por turnos nas CS	55
Tabela 22. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que não trabalham por turnos nos CS	56
Tabela 23. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o fator de risco “exigências quantitativas”	57
Tabela 24. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o fator “exigências qualitativas”	58
Tabela 25. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o fator condições de trabalho	58
Tabela 26. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o fr insegurança física/pertences e bens.....	59
Tabela 27. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o fr tipo de liderança	59
Tabela 28. Estatísticas descritivas da saúde física e mental das duas amostras em estudo	60
Tabela 29. Correlações entre o estado de saúde física e mental e os fatores de risco	62

Introdução

Os fatores psicossociais no trabalho resultam de interações do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por um lado, e as necessidades, os costumes, a cultura e as condições de vida dos trabalhadores fora do trabalho, por outro lado; estes fatores são suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho (OIT, 1986).

A falta de avaliação de riscos psicossociais, tem como consequência principal para a sociedade, para além dos custos económicos, está relacionado, sobretudo, com a Saúde Pública, designadamente com a Saúde Mental e especificamente com a Saúde Mental no trabalho (Aguiar Coelho, 2010).

Existe a necessidade de atuar ao nível da prevenção como considera Aguiar Coelho (2010), a prevenção de riscos psicossociais é um conjunto de etapas, fases ou atividades, devidamente articuladas, que se destinam de modo sistemático, cíclico e continuado, a avaliar e a controlar os riscos psicossociais. Os métodos e técnicas são, respetivamente, o conjunto de procedimentos específicos e os instrumentos utilizados ao longo do processo de gestão preventiva na recolha de informação e na sua análise, e na implementação das medidas de intervenção, sua monitorização e revisão. Os riscos psicossociais aumentam por múltiplas razões que têm a ver com as diversas tendências de alteração no mundo do trabalho, nada mais atual mencionando por exemplo instabilidade laboral, aumento do nº de horas de trabalho, um novo paradigma tecnológico, alteração do conteúdo e da natureza do trabalho ou dos valores laborais.

O Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho, com representantes de todos os Estados da União Europeia, acordou na realização de uma Campanha Europeia de inspeção sobre a avaliação dos riscos psicossociais, a decorrer em 2012. Um grupo de trabalho com representantes de 12 Estados-Membros, sob a liderança da Suécia planeou a campanha durante 2011.

Os grupos alvo foram: Setor da Saúde, incluindo Assistência social (privada e pública). O setor de serviços, por exemplo, hotéis e restaurantes entre outros. Tendo a consciência de inexistência de um plano de avaliação de riscos psicossociais na instituição, onde desempenhamos funções, consideramos importante proceder à referida avaliação. Este nosso projeto foi também considerado pertinente pelos profissionais da área de Psicologia da equipa de Saúde Ocupacional.

Dada a temática, colocou-se a seguinte questão de investigação: “Quais os fatores de riscos psicossociais a que os colaboradores ULSNE estão expostos?” Sendo assim o estudo tem como finalidade avaliar os riscos psicossociais dos colaboradores da ULSNE. Os objetivos deste estudo são:

- Identificar fatores de risco psicossociais em colaboradores da ULSNE.
- Relacionar os fatores de riscos psicossociais com as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão dos respondentes.
- Relacionar os fatores de risco identificados com a saúde física e saúde mental dos intervenientes.
- Disponibilizar os resultados do estudo à equipa de saúde ocupacional e comunidade científica em geral.
- Realizar um plano de intervenção no âmbito da prevenção de riscos psicossociais na ULSNE.

Neste sentido, foi elaborado o presente trabalho de investigação de cariz, observacional, analítico e transversal e recorrendo à metodologia quantitativa, que inclui uma amostra não probabilística acidental dos colaboradores da ULSNE. Foi considerada como população alvo a equipa constituída pelas seguintes classes profissionais: assistentes operacionais; assistentes técnicos; enfermeiros e médicos a desempenhar funções na ULSNE no período compreendido entre 01 de abril e 15 de Maio, no total de 267 indivíduos.

O presente trabalho apresenta-se dividido em dois grandes capítulos. O primeiro reúne a revisão bibliográfica efetuada que sustenta a fundamentação do estudo. O segundo capítulo aborda a metodologia utilizada, apresentação dos resultados e a sua

interpretação, complementada pela discussão e principais conclusões obtidas da análise estatística. É apresentado um projeto de intervenção, tendo por base os resultados obtidos. (Anexo I)

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- Fatores de Risco Psicossociais

Ao longo dos anos a interação entre o trabalhador e o contexto de trabalho tem sofrido profundas transformações. No passado, o trabalho configurava-se menos exigente do ponto de vista dos conhecimentos tecnológicos, competências técnicas e a natureza de contrato laboral figurava-se de natureza mais estável. A transformação decorreu num contexto de interação associado a uma carga mental e física muitas vezes analisada pelo trabalhador como negativa.

Em 1981, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), na 67ª sessão da Conferência Internacional do Trabalho, adota a convenção n.º 155, relativa à segurança, à saúde dos trabalhadores e ao ambiente de trabalho; cuja implementação é aprovada em Portugal, em 1985, pelo decreto do governo n.º 1/85 de 16 de Janeiro. Pela primeira vez, é reconhecida a noção de “saúde no trabalho” onde o conceito de prevenção se associa não apenas à ausência de doença e enfermidade, mas, passa a incluir todos os elementos físicos e mentais que afetam a saúde do trabalhador, relacionados com a segurança, higiene e saúde no local de trabalho. Dentro desta perspetiva cresceu a necessidade da saúde do trabalhador ser investigada à luz de outras abordagens teóricas, tais como, psicologia, sociologia, gestão, economia, entre outras, para além das abordagens mais clássicas, tais como, medicina do trabalho associada à higiene industrial e segurança no trabalho.

A sociedade transformou-se numa sociedade de riscos produzidos pelo próprio Homem, num primeiro momento os fatores psicossociais foram apreendidos como fatores que serviam de catalisadores ou favorecedores de outros riscos, neste momento eles mesmos se constituem como fonte potencial e autónoma de produção de danos físicos e psicológicos nos trabalhadores (Paulos, 2009).

Em 1996, já a OIT identificava os fatores psicossociais como interações produzidas entre trabalho e as pessoas com necessidades, capacidades e condições de vida fora do mesmo. Segundo a referida organização, este conceito apela às condições presentes em contexto laboral, conteúdo do trabalho, organização laboral e estrutura da organização

que podem afetar o equilíbrio físico, psicológico e social do trabalhador, bem como influenciar o seu desempenho laboral.

Os vários fatores de risco psicossociais são considerados muitas vezes como silenciosos, de domínio invisível pela ausência de relações causa-efeito, presença de múltiplas causas e ausência de uma grande expressão de número representativo. A nível psicossocial pode-se falar nos seguintes fatores de risco: a violência no trabalho, intimidação ou assédio moral; discriminação (por género, etnia, nacionalidade, deficiência, orientação sexual, entre outros), relações hierárquicas, fatores relacionados com o stresse, consumo de álcool e drogas no local de trabalho, satisfação profissional e exigências muito altas ou muito baixas em relação às competências (Sousa *et al*, 2005).

Em 2007, o Observatório Europeu de Riscos (OER) da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, publicou um relatório sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a saúde e segurança ocupacional, os resultados do mesmo salientam dez riscos psicossociais mais emergentes: precariedade no trabalho, aumento da vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto de globalização (com uma massa de trabalhadores cada vez mais envelhecida), novas formas de contratualização (contratos precários e com baixos salários), sentimento de insegurança laboral, longas horas de trabalho, intensificação laboral, redução da produção e sistema de *outsourcing*, elevada exigência emocional no trabalho (associada a uma cada vez menor capacidade de *copyng* face às exigências emocionais do trabalho) e fraco balanço vida – trabalho. Estes dez riscos podem, segundo a agência Europeia, ser agrupados em cinco grandes áreas: novas formas de contratos de trabalho e insegurança no emprego, a mão-de-obra em envelhecimento, intensificação do trabalho, exigências emocionais elevadas no trabalho e a difícil conciliação entre a vida profissional e a vida privada.

Resultados de inquéritos efetuados a empresas europeias revelaram sinais de tecnocentrismo, as constantes mutações tecnológicas e de informação, influenciam diretamente a relação laboral e a *internet*, anulando distâncias geográficas e temporais, revolucionando o mercado de trabalho que progressivamente abandona a produção em massa, focalizando a sua atenção na prestação de serviços, onde as contratualizações assumem uma natureza mais flexível, em que aos trabalhadores lhe é exigido o assumir de uma multiplicidade de funções, numa relação contratual que se assume cada vez mais precária. Nesta nova configuração laboral surgem novos riscos laborais de

natureza psicossocial (facto corroborado pelo relatório do OER), cuja avaliação se torna mais complexa porque os mecanismos de deteção, estratégias de deteção e eliminação/redução assumem uma natureza mais fluida (Freitas, 2011).

Segundo Bellovi e Cuixart, (2003) os fatores psicossociais produzem repercussões no contexto laboral (rendimento e satisfação) e na saúde do trabalhador quando influenciados pelas interações de variáveis, tais como: o meio ambiente laboral; a satisfação no trabalho; as condições da organização; capacidades, necessidades e expectativas; costumes e cultura e condições pessoais fora do trabalho.

Camelo e Angerami (2007), num estudo desenvolvido, das equipas de saúde na família sobre a perceção dos riscos psicossociais associados ao trabalho por eles desenvolvido concluíram que a falta de preparação e capacitação para o desempenho de funções, a sobrecarga de papéis, as longas horas de trabalho, o conflito do trabalho em equipa, a dificuldade de conciliar o trabalho e a família e a insuficiência de recursos humanos e materiais; são fatores identificados como sendo potenciadores de comprometimento do bem-estar físico e mental dos trabalhadores, trazendo consequências negativas para o desempenho profissional.

Os fatores psicossociais desfavoráveis podem produzir consequências sobre a saúde e o bem-estar do trabalhador, tais como, carga mental, *stresse*, insatisfação laboral, dificuldades de relacionamento, desmotivação, entre outras. Cada trabalho traz consigo uma carga psicossocial que se liga à forma como o trabalho solicita as capacidades psíquicas e sociais dos trabalhadores, bem como à importância que cada um deles atribui a diferentes aspetos dependendo dos seus esquemas mentais como crenças, valores, aspirações e necessidades. A sobrecarga ocorre quando existe uma solicitação excessiva das capacidades psíquicas e sociais, associada a características individuais ligadas a aspetos cognitivos, emocionais, relacionais, motivacionais que influenciam a dinâmica trabalho-trabalhador (Freitas, 2011).

Segundo Woo e Postolache (2008), o ambiente ocupacional que inclui fatores químicos, biológicos, físicos, características de trabalho, *stresse* psicológico laboral, os conflitos interpessoais, as políticas organizacionais, o desemprego e a insegurança laboral, associado a fatores individuais modeladores, tais como: a personalidade, idade, género, família e apoio social; pode provocar reações de *stresse* (disforia – mal estar

permanente, síndrome depressivo e queixas somáticas) que podem desencadear desordens mentais tais como perturbações de humor ou stresse pós-traumático, ou podem provocar sintomas laborais designadamente absentismo, presenteísmo ou acidentes que podem desencadear resultados fatais relacionados com o trabalho como, por exemplo, suicídio e morte por ataque cardíaco, ou ainda ameaça profissional como a disfunção laboral e perda consecutiva de empregos.

1.1 – Carga Mental

Considerando a carga mental como o nível de atividade ou quantidade de esforço mental necessário para que um trabalhador obtenha um determinado resultado, então quanto mais significativos os constrangimentos de reconhecimento social do trabalhador, insatisfação laboral, precariedade, falta de autonomia; associada a fatores como elevada intensidade/ritmo de trabalho, tipo de informação a tratar, maior a probabilidade do trabalhador vir a sofrer de uma carga mental não despendida (Aguiar Coelho, 2009; Freitas, 2011).

Ao conceito carga mental está associado à relação entre as exigências e a capacidade de tratamento da informação, tomada de decisão e utilização de equipamentos complexos, estando o trabalho associado a três momentos: a perceção da informação nos postos de trabalho, a integração da informação e resposta. Assim sendo, à carga mental estão associados: fatores individuais, características dos trabalhadores, tais como, fadiga, formação, experiência, competência, fatores temporais (tempo disponível para realizar uma atividade de acordo com o ritmo de trabalho) e a quantidade e complexidade da informação dependem da natureza da tarefa e tipo de informação. Tal como acontece com a carga física do trabalho, também na carga mental torna-se necessário encontrar um equilíbrio justo entre as capacidades de cada indivíduo e a carga que resulta do conteúdo da tarefa, que determina a quantidade de informações a tratar e o ritmo a que esta deve ser executada (Aguiar Coelho, 2009; Freitas, 2011).

Na opinião de Freitas 2011, a natureza do trabalho atual abandona, cada vez mais, as características do processo produtivo, associado a uma carga de cariz mais físico e aproxima-se de um processo de tratamento de informação e controlo de mecanismos tecnológicos e funcionamento dos processos que substituíram o ser humano na

execução direta das atividades, sendo que, alguns dos fatores que contribuem para a carga mental são:

- a) pressão por escassez de tempo;
- b) tarefas que exigem a execução simultânea de diversas atividades, com exigências muitas vezes opostas;
- c) complexidade elevada da tarefa que implicam decisões exigentes tendo por base uma elevada quantidade de informação a tratar;
- d) informações incompletas e imprecisas;
- e) exigências insuficientes;
- f) riscos de incidentes em situações de trabalho que não podem ser interrompidas;
- g) falta de possibilidade de regulação (p.673).

Ainda o mesmo autor, refere que as medidas preventivas da carga mental, em matéria de perceção da informação passam por: adequar o desenho e colocação de sinalização adequada; em matéria da integração da informação passa por definir os processos a executar reduzindo e simplificando a informação a tratar; em relação à tomada de decisões passará pela seleção do melhor tipo de comando, face ao objetivo a atingir. Para tal será necessário focalizar a atenção na conceção de melhores postos de trabalho (ergonomicamente adaptados), na formulação de medidas organizacionais, onde estejam definidos períodos de pausas e alternância de tarefas; formação dos trabalhadores, atualizando-os e sempre que novo equipamento seja adaptado e na atualização contínua da informação sobre o funcionamento dos sistemas. Um outro fator a ter em conta na carga mental que uma tarefa representa para o trabalhador é a exigência de conteúdo e a carga emocional.

Quanto à exigência de conteúdo é importante realçar que, em qualquer sistema laboral há que ter em conta a adequação estruturada entre as exigências de atividade mental da tarefa e as capacidades de desempenho do trabalhador, podendo correr-se o risco de disfunção laboral se as exigências preceptivas e cognitivas forem inadequadas. A disfunção laboral pode representar-se por: desmotivação e fadiga (Freitas, 2011).

A pressão do trabalho resultante do tipo de organização do trabalho existente, do ambiente físico e fatores externos; associado à pressão dependente das características particulares de cada trabalhador, pode resultar em efeitos que podem ser facilitadores ou

prejudiciais do desempenho do mesmo. Na opinião de Shain e Kramer (2004), o aumento do esforço e exigência laboral, associados à redução de recompensas e controlo, contribui para a disfunção laboral que potencia o aumento de acidentes, doenças cardiovasculares, dores musculares, abuso de substâncias e doenças mentais.

Para evitar a disfunção torna-se necessário adequar as exigências da atividade mental do trabalho a realizar às características da pessoa que o vai executar, através da realização de um processo de estudo da carga de trabalho mental que passa pela recolha de dados até à descrição do posto de trabalho, das condições necessárias para o desempenho do trabalho e do perfil de trabalhador que deve estar adstrito ao posto de trabalho, a valorização das exigências de trabalho mental e tensões potencialmente emergentes, resultando numa proposta de melhoria (Freitas, 2011).

Qualquer trabalho para além de impor exigências físicas, sensoriais e intelectuais implica também uma carga emocional que pode ser global, quando corresponde a realização de trabalhos em circunstâncias longe das ideais (*stress* laboral) e específica, quando a natureza do trabalho integra uma componente emocional, como acontece com os profissionais de saúde que se deparam com a necessidade de gerir emoções de terceiros para além das suas. Quando a carga emocional é elevada pode falar-se, segundo Freitas (2011), em esgotamento (*Burnout*) em três planos: esgotamento emocional, despersonalização que pode resultar em adoção de atitudes negativas para com colegas e a redução das aptidões profissionais.

Segundo Sousa, et al. (2005), a Comunidade Europeia apresenta uma incidência de 1.4 milhões de trabalhadores que apresentam problemas do foro psicossocial, não existindo em Portugal estudos que divulguem dados de incidência desta natureza. Doenças do foro mental e emocional como a depressão e a ansiedade têm ganho um destaque cada vez mais elevado nas preocupações da saúde pública, logo a seguir às doenças do foro músculo-esquelético.

1.2 – *Stresse*

No domínio da saúde no trabalho um dos conceitos, objeto de cuidados é o *stress*, uma vez que apresenta consequências indesejáveis para a saúde dos trabalhadores, bem como para as empresas onde os mesmos trabalham.

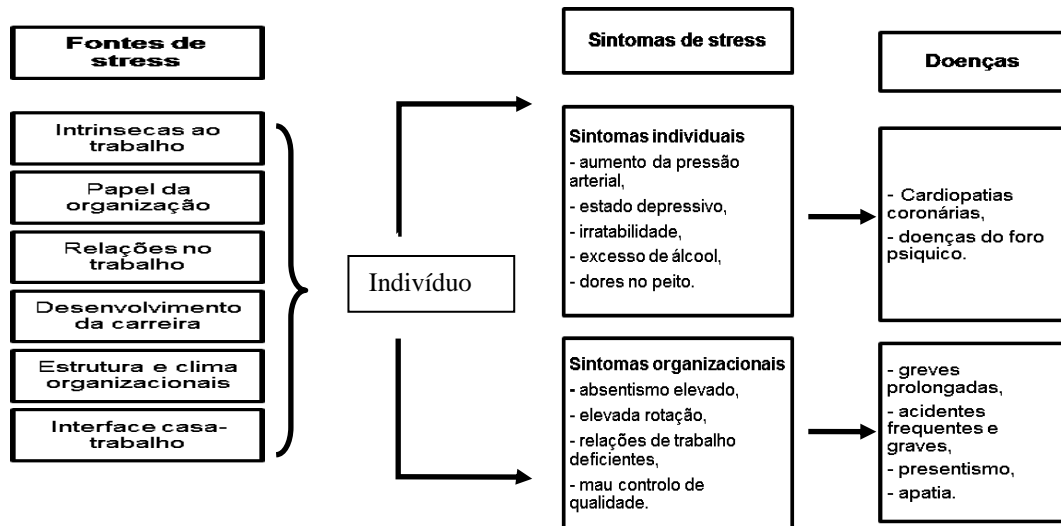
Selye na década de 50 e posteriormente em 1974, definiu o *stress* como uma resposta inespecífica do corpo a um estímulo externo, considerando as situações de *eustresse* - as que contribuem para a realização do indivíduo do tipo cognitivo e as *distresse* - as que têm uma carga negativa e que são desgastantes e improdutivas (Lazarus, 1999; Vaz Serra, 1999) sendo que na perspectiva de Jesus (2002), perante uma situação de *stress*, a resiliência do indivíduo intervém, podendo conduzir à resolução da situação (*eustresse*), levando ao aumento da percepção de eficácia e de controlo pessoal, passando a situação a constituir no futuro um desafio, ou pode evoluir para a exaustão (*distresse*) passando a constituir um problema. Colocou, então, a abordagem do *stress* como um problema que se coloca muitas vezes devido à frequência e/ou intensidade do estado de tensão que o confronto com as situações pode provocar.

Perante as situações de *stress* as estratégias utilizadas, no fundamental, podem ser consideradas em duas classes diferentes: uma será a abordagem e o confronto do problema, e a outra, o evitamento da situação adversa. Assim, quando o *stress* é de pouca intensidade, o sujeito normalmente utiliza estratégias de resolução de problemas; quando é mais intenso os esforços geralmente vão no sentido de reduzir a tensão emocional (Vaz Serra, 1999).

1.2.1 - O stress no trabalho

O *stress* relacionado com o trabalho é o conjunto de reações emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas relacionadas com os aspetos adversos e nocivos do conteúdo, organização e ambiente de trabalho. É tanto maior quanto maior for o desequilíbrio e a dificuldade de controlo na interação entre os indivíduos e o trabalho. O *stress* no trabalho revela uma dissonância entre as necessidades do indivíduo e a realidade das condições do seu trabalho. Este processo assenta em dimensões fisiológicas, psicológicas e sociológicas e têm em comum os seguintes elementos: Agentes *stressores* / fonte de *stress* – de diferentes naturezas: física, química, biológica, mecânica, psicológica e sociológica. Um conjunto de características pessoais: tipo de personalidade, sexo ou classe social. Indicadores de *stress*: sintomas fisiológicos, somáticos, psicológicos e comportamentais.

Entre os modelos mais divulgados, destacam-se o de Cooper (1976) e Cox (2000) centrados na natureza e análise dos fatores de *stress* no trabalho e as suas consequências organizacionais e pessoais, como demonstram as figuras 1 e 2.



Adapt. de Cooper, 1976. Figura 1 – Modelo da dinâmica do *stress* laboral

Estes modelos atendem, de igual forma:

- às estratégias para combater os constrangimentos e limitar a intensidade do *stress* (estratégias do *coping*);
- às variáveis moderadoras, que agem sobre os fatores de *stress*, atenuando o seu efeito (apoio e rede social.);
- às consequências sobre a organização do trabalho na empresa (absentismo, sinistralidade, desemprego, entre outras).

Categoria	Fatores de risco
	Contexto do trabalho
Cultura e função organizacional	Deficiente comunicação, nível insuficiente de apoio para a resolução de problemas e desenvolvimento pessoal, ausência de definição de objetivos organizacionais.
Papel da organização	Ambiguidade e conflito de papéis, imprecisão na definição de responsabilidade dos trabalhadores.
Desenvolvimento da carreira	Estagnação e incerteza na carreira, promoção insuficiente ou acima das competências, salário baixo, insegurança profissional, insuficiente valor social do trabalho.
Liberdade de decisão / controlo	Participação insuficiente na tomada de decisões, falta de controlo sobre o trabalho.
Relações interpessoais no trabalho	Isolamento social ou físico, mau relacionamento com a hierarquia, conflitos interpessoais, falta de apoio social.
Relações vida privada - trabalho	Exigências contraditórias entre o trabalho e a vida privada, dificuldade em conciliar a vida profissional e privada.
Ambiente de trabalho e equipamento de trabalho	Problemas respeitantes à fiabilidade, disponibilidade, adaptação, manutenção ou reparação do equipamento e dos meios de trabalho.
Conceção das tarefas	Falta de variedade ou ciclos de trabalho curtos, trabalho fragmentado ou sem significado, subutilização de competências, grande insegurança.
Carga de trabalho/ ritmo de trabalho	Sobrecarga ou subcarga de trabalho, falta de controlo sobre o ritmo de trabalho, nível elevado de pressão em relação ao trabalho partilhado.
Planeamento	Trabalho por turnos, horários de trabalho imprevisíveis ou atípicos, longas horas de trabalho.

Adapt. de Cox, 2000. Figura 2 – Fatores de Risco ligados ao trabalho

1.2.2 - Fatores de risco e efeitos do stresse

Existe um consenso alargado acerca de fatores de risco psicossociais que são considerados *stresseores* ou têm potencial para causar danos na saúde, englobando categorias de características laborais, inerentes aos ambientes de trabalho e às organizações, associados ao conteúdo do trabalho ou ao contexto do trabalho.

Segundo Freitas (2011 p. 693), alguns dos *stresseores* mais comuns são:

- desfasamento entre direitos e obrigações;
- objetivos e significados pouco claros, quer ao nível da empresa, quer pessoais;
- falta de apoio;
- falta de conhecimento;
- excesso ou falta de trabalho;
- instruções ou orientações ambíguas;
- falta de influência ou de margem de manobra para decidir;
- tempo insuficiente para fazer bem o trabalho;
- discriminação e intimidação;
- exposição à violência ou ameaça á violência;
- capacidade e competência inadequadas;
- risco de perder o emprego;
- exposição profissional a fatores físicos nocivos;
- erros que produzem custos elevados ou geram riscos para a saúde ou a vida de terceiros.

De acordo com Health and Safety Executive (2001) entre os principais fatores de riscos estão: a cultura organizacional, exigências, controle, relacionamento no trabalho, mudança, ambiguidade acerca do papel desempenhado e formação. Se, por um lado, o trabalho poderá ser fonte de auto-estima, identidade, apoio social e recompensas materiais, quando o ambiente de trabalho é solidário e propiciador de equilíbrio por outro, quando isto não acontece, podem desencadear-se situações de *stresse*. Nessas alturas os trabalhadores têm dificuldades em concentrar-se, aprender, ser criativos e de tomar decisões. Por outro lado podem assumir comportamentos nocivos para a saúde tais como o consumo de álcool, tabaco ou uma conduta agressiva. Na esfera emocional cabe assinalar as reações de ansiedade e depressão. As queixas fisiológicas podem

incluir sintomas cardiovasculares, queixas pulmonares, problemas gástricos e intestinais, podendo ainda incluir alterações a nível do sistema nervoso central, tensão emocional, entre outros. A nível social salientam-se comportamentos como a apatia, a rotura familiar, o comportamento impulsivo, a agressão interpessoal, isolamento social e separação conjugal.

1.2.3 - O stresse nos profissionais de saúde

Tem-se verificado que as atividades profissionais em que há relações interpessoais intensas podem ser mais suscetíveis de causar sintomas de *stresse* e exaustão emocional (Maslach & Jackson, 1986).

Em particular, os profissionais de educação e de saúde, nomeadamente professores, médicos e enfermeiros, apresentam níveis muito elevados de *stresse* e de *burnout*, de acordo com os resultados de investigações realizadas em diversos países. Como refere McIntyre (1994), os que tratam também sofrem.

A Associação de Medicina Britânica em 1992; cit. Vaz Serra (1999) evidencia alguns fatores que podem provocar *stresse* nos médicos: sobrecarga de trabalho, pressão do tempo, falta de autonomia, baixo salário, dificuldades de promoção ou aposentação, deficiente comunicação entre pessoas, excessiva responsabilidade e exigência social. Têm-se verificado diferenças quanto às fontes de *stresse* consoante a fase de carreira em que o médico se encontra, os mais jovens apresentam mais dificuldades devido à avaliação da sua competência médica, enquanto aqueles que têm mais tempo de atividade revelam que os principais problemas prendem-se com a progressão na carreira e a conciliação entre atividade profissional e vida privada.

Quanto aos enfermeiros, há investigações que revelam que estes apresentam ainda os níveis de *stresse* mais elevados que os médicos. Os principais fatores podem ser a atenção constante que têm de prestar aos doentes, a sobrecarga de trabalho, os deficientes canais de comunicação com os doentes, colegas e outros membros da equipa, insegurança e falta de autonomia (Ferreira & Ferreira, 1998). De entre as investigações realizadas em Portugal, salienta-se a de McIntyre (1999) em que se verificou que as principais cargas de *stresse* dos enfermeiros eram sobretudo de ordem

organizacional (a sobrecarga de trabalho, as más condições físicas e técnicas, a carência de recursos materiais, técnicos e humanos e o excessivo numero de doentes por enfermeiro), só surgindo depois os fatores sócio emocionais (incapacidade de responder às exigências emocionais do doente).

1.2.4 – Prevenção do stresse no contexto laboral

As exigências do ambiente de trabalho, o controle que o trabalhador exerce, o apoio social de que dispõe, o esforço que realiza e a recompensa que obtém pelo seu envolvimento são alguns dos elementos fundamentais para a prevenção do *stresse*. De acordo com o NIOSH – North American Institute of Occupational Safety and Health as propostas para a eliminação dos fatores de *stresse* passam por:

- horários de trabalho – estabelecer horários não conflituantes com os requisitos do trabalho;
- participação/ controlo dos trabalhadores nas decisões que os afetem;
- carga de trabalho – compatibilidade as tarefas com as capacidades dos trabalhadores, com previsão de tempo de recuperação;
- conteúdo funcional – as tarefas devem ser satisfatórias e adequadas às qualificações;
- funções definidas com clareza;
- ambiente social que proporcione uma boa relação com os colegas;
- futuro – evitar ambiguidades quanto ao desenvolvimento da carreira e à segurança do empregador.

A nível de intervenção, privilegiando uma estratégia de promoção e proteção da saúde mental dos trabalhadores devem ser respeitados postulados tais como:

- melhorar o conteúdo e a organização do trabalho na fase de conceção;
- vigiar os fatores de risco e os distúrbios psicológicos associados as situações de trabalho;
- assegurar a informação, formação e sensibilização;
- alargar o âmbito dos serviços de saúde do trabalho, garantindo uma valência de saúde mental.

A eliminação ou redução dos riscos psicossociais passa, pelo enriquecimento do conteúdo do posto de trabalho através de:

- Autonomia para planificar o próprio trabalho;
- Incorporação de algum nível de autocontrolo e responsabilidade pelo trabalho;
- Comunicação e reconhecimento dos resultados;
- Atribuição de unidades completas e inovadoras, que promovam a formação contínua

1.3 – A Organização do trabalho

É a organização do trabalho que se encarrega de estabelecer o que se produz, com quem, em quanto tempo e em que qualidade. É, pois, neste enquadramento que são definidas as condições de trabalho.

Os fatores de risco da organização de trabalho agrupam-se em torno de múltiplas valências: monotonia, ritmo de trabalho, horários, comunicação e informação, tipo de liderança, participação, identificação com a tarefa, iniciativa, estabilidade de emprego, nível de automatização e relações interpessoais (Freitas, 2011 p.677).

As possíveis consequências para a saúde dos trabalhadores, derivadas dos efeitos negativos dos fatores organizacionais podem ser:

- Problemas gerais: *stresse*, fadiga e insatisfação;
- Problemas relacionados com a esfera de perceção, a atenção;
- Problemas fisiológicos e psicossomáticos: alterações cardiovasculares, respiratórios;
- Problemas psíquicos, ansiedade, depressão;
- Problemas sociais e relacionais: inadaptação, falta de participação, excesso de consumo de álcool;
- Consequências laborais: absentismo, sinistralidade, conflitualidade;

1.3.1 - Conteúdo do trabalho

Como refere Freitas (2011) uma adequada organização do trabalho, que pretende não só o aumento da produtividade, diminuição do risco e acidentes mas também o bem-estar físico, mental e social dos colaboradores, deve ter em conta fatores como:

- Monotonia e repetição. Estão frequentemente associadas a alterações do estado de saúde, condicionando patologias com riscos cardiovasculares, hipertensão e depressão; descontentamento por parte dos trabalhadores, o que a curto/médio prazo origina uma redução do desempenho, da satisfação e da realização, com efeitos sobre a produtividade.
- Motivação. Este conceito remete para a satisfação das necessidades do sujeito. Ao nível organizacional, encontramos as necessidades: físicas, como as condições de trabalho; de segurança, relacionadas com o tipo de vínculo com a empresa; de relacionamento, através do estabelecimento de relações interpessoais; de realização, que passam não só pelo desempenho mas pelo alcance de objetivos; de responsabilidade, relacionadas com a liderança e a delegação de funções; de desenvolvimento, associadas à informação/formação e de reconhecimento, recompensas, salários e prémios. A motivação abrange o conjunto de condições intrínsecas ou extrínsecas ao indivíduo, responsáveis pelo seu comportamento. A motivação de um trabalhador vê-se refletida no desempenho da tarefa, através da satisfação das ditas necessidades.
- Autonomia; Representa a possibilidade que um trabalhador tem de poder controlar o método de trabalho ou ordem de execução das tarefas, dentro dos procedimentos estabelecidos. Permitir um maior nível de autonomia dos trabalhadores permite aumentar o grau de satisfação no trabalho, evitando a saturação.
- Ritmo de trabalho. O ritmo está diretamente relacionado com o esforço que o trabalhador deve realizar. Com a introdução da tecnologia o esforço físico diminui, mas o esforço mental aumenta rompendo-se uma das características mais específicas do ser humano: a que relaciona o pensamento com a ação. Quando um individuo sente que não existe qualquer modo de alcançar as

exigências estabelecidas pelo ritmo de trabalho, surge o *stress*, em consequência do qual aparece a fadiga física e psíquica.

- Quantidade de trabalho. Volumes de trabalho que um trabalhador tem de executar durante um dia de trabalho, o qual deve ser ajustado a cada pessoa, sendo certo que desvios positivos ou negativos podem originar consequências nocivas para a saúde.
- Responsabilização. A responsabilidade não se encontra presente apenas ao nível das chefias, mas também, quer ao nível do trabalho operativo, quer nos postos de trabalho com tarefas menos estruturadas e vinculadas à garantia dos resultados, há uma componente importante de responsabilidade. O trabalho deve criar condições para o desenvolvimento de responsabilidade mediante a articulação entre o nível exigido pela tarefa e o nível de responsabilidade que cada pessoa está disposta a assumir. Se esse ajustamento não existir, pode dar lugar a erros com efeitos sobre pessoas de outros postos de trabalho, constituindo uma fonte de *stress*.
- Automatização. A automatização de processos é positiva, na medida em que pode reduzir a carga física excessiva do operador e as tarefas repetitivas. Mas tem, também aspetos negativos, porque acarreta a diminuição do conteúdo da tarefa, em particular quanto à autonomia e à capacidade para tomar decisões.
- Grau de atenção. Trabalhos que impliquem um elevado nível de atenção, como é o caso dos trabalhos de precisão, podem alterar a perceção sensorial e aumentar os riscos de acidentes, enquanto os que envolvem baixo nível de atenção podem, por motivos diversos, ser causadores de uma sensação de alheamento, também ela perigosa.

1.3.2 - Organização do tempo de trabalho

Há fatores essenciais a considerar, quando abordamos os efeitos sobre a saúde da organização do tempo de trabalho nomeadamente:

- trabalho noturno;
- trabalho por turnos, em particular rotativos;

- horários de trabalho;
- pausas;
- horas extraordinárias excessivas;
- pluriemprego;
- variação de carga de trabalho;
- programação dos ciclos de trabalho e repouso;
- ritmo excessivo;
- tempo insuficiente para cumprir prazos.

O tempo de trabalho é um dos aspetos que tem uma incidência mais direta sobre a atividade laboral, na medida em que o número de horas trabalhadas pode afetar a qualidade de vida no trabalho e a vida extra laboral. Daí que, quando se estabelecem os horários e a distribuição do tempo de trabalho, há que atender ao equilíbrio físico, mental e social da pessoa que trabalha.

O trabalho por turnos e o trabalho noturno apresentam efeitos de vária ordem, como refere Freitas (2011 p.682):

- alterações do ritmo biológico o trabalho por turnos, especialmente o noturno, força o trabalhador a inverter o seu ciclo normal de atividade – descanso;
- alterações do sono, quer na quantidade de horas dormidas, quer na qualidade;
- alterações da vida social – dificuldades nas relações sociais devido a falta de simultaneidade dos períodos de repouso com os demais indivíduos;
- alterações digestivas decorrentes do facto de a alimentação não ocorrer em horários coincidentes com os seus ritmos circadianos;
- alterações a nível da fadiga – a ausência de recuperação da fadiga física e mental pode produzir uma fadiga crónica, desencadeadora de distúrbios nervosos;
- alterações na vida profissional – para o trabalhador com turnos rotativos, a alteração dos ritmos circadianos pode afetar a concentração e a motivação e retardar o tempo de reação, em particular durante a noite, com o inerente acréscimo do risco de sofrer acidentes ou lesões.

1.4 - Consumo de álcool e drogas no local de trabalho

O consumo de álcool e drogas prescritas ou ilícitas são considerados como fatores de risco psicossocial e problemas de saúde relacionados com o trabalho, uma vez que podem contribuir para o aumento da incidência de acidentes de trabalho relacionados com a diminuição da coordenação física de movimentos, diminuição dos níveis de atenção e concentração. Segundo Sousa et al (2005) o consumo está muitas vezes associado a problemas laborais, tais como a precaridade, monotonia laboral, *stress*, trabalho por turnos ou trabalho noturno. Do consumo resulta ao nível do trabalhador um impacto negativo na sua saúde e na relação que estabelece com o patronato e colegas, ao nível institucional o consumo traduz-se negativamente numa elevada taxa de absentismo, diminuição de rendimento e produtividade, ocorrência de problemas disciplinares, recorrente mudança de recursos humanos com custos de formação e danos de reputação associados à instituição. Para os autores o consumo de álcool tem uma taxa de incidência mais elevada do que as drogas ilegais, contudo existe um elevado consumo de substâncias psicotrópicas prescritas entre a massa de trabalhadores, devendo este consumo constituir um sinal de alerta para a medicina do trabalho uma vez que podem indiciar disfunções laborais ou na organização do trabalho.

Sousa et al (2005) acrescentam que apesar do consumo de substâncias como álcool e drogas serem considerados, pelos estudiosos, como fatores de risco psicossocial, não são considerados como tal pelos responsáveis organizacionais, razão pela qual se obtêm números reduzidos de incidência expressiva destes fenómenos. Avançam igualmente com propostas preventivas destes fenómenos que passam pelo investimento em políticas preventivas através de programas educacionais e de informação; adoção de medidas de suporte organizacional, medidas de prevenção e medidas de reabilitação.

Tal como os autores anteriores, Paulos (2009) refere que a intervenção em meio laboral deve integrar três tipos de prevenção: primária, informação e sensibilização; secundária, deteção precoce e assistência e terciária tratamento e reabilitação. A autora sugere que a eficácia das estratégias preventivas dependerá de fatores como o controlo comportamental externo, ou seja, a perceção por parte do indivíduo de que o seu comportamento pode conduzir a sanções, lesões ou danos; o controlo social e o controlo

interno, ou seja, a tomada de consciência que um determinado comportamento pode provocar dano ou é moralmente reprovável.

O programa preventivo de abuso de substâncias assenta, segundo a OIT (2008), em princípios como:

- a) melhoria das condições de trabalho identificadas como fatores de risco de abuso de substâncias;
- b) necessidade de existência de um documento escrito a explicar qual é a política a seguir;
- c) formação em gestão e supervisão;
- d) sensibilização e educação dos trabalhadores;
- e) autoavaliação;
- f) necessidade de existir um procedimento definido através do qual os trabalhadores com problemas de abuso de substâncias podem receber assistência;
- g) avaliação.

Para a OIT (2008), um programa de prevenção de abuso de substâncias psicoativas deve iniciar-se com a definição de uma política de prevenção, seguida de realização de formação, campanhas de sensibilização e educação, que abordem temas como fatores de risco e de proteção associados ao abuso de substâncias, a natureza das dependências, efeitos do consumo, estratégias para lidar com o problema, competências interpessoais e comunicacionais, meios disponíveis proporcionados pela entidade empregadora, grupos de autoajuda, legislação e regulamentação; assistência, aconselhamento, orientação para o tratamento e reabilitação. Este programa deve ser implementado respeitando os princípios de confidencialidade de identidade do trabalhador, registos confidenciais, obtenção de autorização para divulgação de qualquer resultado e medidas de confidencialidade dos programas de testes.

Segundo Nogueira (2010), a intervenção preventiva em caso de consumo de álcool em locais de trabalho passará por realizar formação específica, identificação de casos críticos e proibição da venda de álcool nos locais de trabalho.

1.5 - Conflito entre a vida laboral e a vida familiar

A conciliação entre a vida laboral e familiar não é um tema que interessa apenas às mulheres, mas também aos homens. Contudo ainda são as primeiras as que necessitam de mais frequentemente gerir e conciliar a dimensão da vida profissional com a familiar, entrecruzando, segundo Paulos (2009), três dimensões: a *self* (indivíduo), a atividade profissional e a vida familiar; que por vezes entram em conflito, ou outras vezes reforçam-se e fortalecem-se alcançando um estado de conciliação, o que é desejável.

Desde que em 1980 a estabilidade económica sofreu um abalo e a crise económica afetou muitos países industrializados, levando a um aumento do desemprego e a uma progressiva degradação das condições e relações de trabalho, o conceito de carreira sofreu metamorfoses e com ele a mudança da conceção de emprego estável para trabalho instável, de funções bem definidas para uma pluralidade e flexibilidade de funções que exigem uma cada vez maior diversidade de competências e conhecimentos técnicos e que não garantem estabilidade futura, fragmentando as carreiras (Paulos, 2009). Esta vivência exige do trabalhador um desenvolvimento de competências de autogestão de carreiras que implicam a responsabilidade individual pela estruturação e percurso de vida, um autoconhecimento das suas características e capacidades, aptidões de sobrevivência organizacional tais como: marketing pessoal, identificação com as políticas organizacionais, aptidões interpessoais, rede de contactos, ações de aprendizagem, liderança e competências de gestão de *stress* para lidar com a incerteza e ambiguidade da vida organizacional contemporânea. Associado a este desenvolvimento de competência de autogestão da carreira, tem-se vindo a verificar uma redefinição dos papéis de género.

Friedman e Greenhaus (2000) elaboraram um modelo sobre a relação entre o trabalho e família, assentando-o em três componentes chave: recursos, envolvimento e gratificação emocional; os quais afetam a disponibilidade, a competência e a satisfação de cada um dos domínios trabalho e família. Para os autores, o recurso será a prestação de apoio ou ajuda que capacita os indivíduos para lidarem com uma situação ou acontecimento difícil, podendo ser tangíveis, como por exemplo, dinheiro e tempo; ou intangíveis como por exemplo, a informação, a aceitação e a auto-estima. O envolvimento refere-se ao tempo e à energia psicológica que a pessoa emprega nos vários papéis que

desempenha. A gratificação emocional é o que a pessoa experiencia quando está satisfeita com o seu trabalho/ carreira e com a convivência familiar e determinados valores e objetivos alcançados no seio familiar. Uma abundância de recursos, um envolvimento elevado nos papéis desempenhados e a gratificação emocional sentida com o trabalho/carreira e família fomentam, segundo Friedman e Greenhaus (2000), a conciliação entre a vida profissional e familiar.

Paulos (2009), reconhece que o conflito trabalho /família ocorre quando o desempenho de um papel prejudica a qualidade com que se desempenha. Ou seja, se um trabalhador sente que a atividade é fonte de conflito familiar pode adotar estratégias de *coping* no sentido de reduzir o esforço e tempo de trabalho o que poderá levar ao aparecimento de conflitos laborais.

Segundo Hein (2005), as exigências laborais colocam por diversas vezes, dificuldades familiares, tais como: a necessidade de reorganização dos horários familiares, dificuldades em lidar com situações de emergência familiar (por exemplo, necessidade de cuidar dos filhos por se encontrarem doentes), dificuldades em lidar com situações de prestação de cuidados a familiares por períodos de tempo prolongados, discriminação no trabalho porque as exigências familiares tornam difícil a adoção de comportamentos de total disponibilidade o que pode conduzir a conflitos entre o casal.

Na opinião de Paulos (2009) a promoção da conciliação entre a vida profissional e a vida familiar passa pela adoção de iniciativas pelas entidades empregadoras, pelo Estado e pelas famílias que se destinem a criar condições para que os trabalhadores desempenhem de forma adequada as responsabilidades profissionais e familiares, alcançando uma relação harmoniosa entre ambas e igualdade entre homens e mulheres.

Para a Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (2003), as entidades empregadoras devem, juntamente com as associações e sindicatos, mudar as atitudes, valores e práticas de forma a implementar organizações de trabalho potenciadoras da conciliação da vida profissional e familiar, tais como:

- a) culturas organizacionais e profissionais potenciadoras da responsabilização e autonomia dos trabalhadores;
- b) culturas de cidadania empresarial;

- c) culturas organizacionais e profissionais favoráveis à assunção de responsabilidades familiares por parte do género masculino;
- d) flexibilização dos tempos e espaços de trabalho;
- e) formas de organização de trabalho promotoras de polivalência qualificantes, responsabilização e de autonomia profissional;
- f) criação de instituições que dêem respostas às novas necessidades das pessoas e famílias (por exemplo: serviços de acolhimento de crianças e de prestação de cuidados a idosos);
- g) criação de serviços de apoio à vida familiar proporcionados pelas entidades empregadoras (p.180).

Por outro lado, o papel da família para potenciar a conciliação entre a vida profissional e familiar, passa pela promoção de medidas que visam a partilha de responsabilidades familiares entre os dois membros do casal, educação das crianças menos segregadora dos papéis de género e adoção de práticas educativas que fomentem a autonomia pessoal em contexto doméstico (Paulos, 2009). Em síntese, a conciliação entre a vida profissional e familiar traz consigo vantagens quer para a entidade empregadora, quer para o trabalhador. Para a primeira traduz-se em benefícios a médio e longo prazo que passam pelo aumento da flexibilidade e da capacidade para lidar com a mudança, melhores opções na retenção dos trabalhadores, melhoria do clima organizacional, aumento da produtividade e eficácia, diminuição do absentismo e do *turnover*, melhor imagem pública, aumento do compromisso e do sentimento de lealdade e pertença dos trabalhadores face à organização. Para os trabalhadores as vantagens traduzem-se num aumento do nível de satisfação laboral, melhor gestão do tempo, aumento do sentido de controlo da vida pessoal, melhores relações com os superiores hierárquicos, diminuição do *stress* laboral, aumento da auto-estima, concentração e confiança, lealdade e compromisso com a organização, maior eficiência e um aumento de bem-estar individual e familiar e da saúde em geral (Paulos, 2009).

1.6 – Liderança

A liderança diz respeito a um processo cuja essência é a capacidade de influenciar os subordinados, contudo, este processo não é unidirecional pois, tanto líderes como liderados influenciam-se mutuamente. Esta perspetiva está presente em qualquer

organização independentemente da sua cultura, estratégia e fluxo relacional existente. Engloba diversas funções relacionadas com o estruturar, distribuir funções, orientar, coordenar, controlar, motivar, elogiar, punir ou reforçar. Contudo, o fundamental da liderança baseia-se no direcionar o grupo para metas específicas (Miguel, Rocha & Rohrich, 2008).

A liderança é um tema recorrente, importante e desafiador, foi estudada como estando relacionada com características pessoais e inatas do sujeito. Considerava-se que as qualidades inerentes ao líder, tais como a inteligência, a amabilidade ou a força física eram determinadoras dos potenciais líderes. O comportamento do líder é temática com muita referência bibliográfica, baseando-nos em Tappen (2005), este menciona que o comportamento de um líder foi dividido em três padrões distintos, denominados estilos da liderança: autoritário, democrático e *laissez-faire*.

O líder autoritário mantém forte controlo sobre as pessoas do seu grupo. Este controlo pode ser benevolente e atencioso, frequentemente chamado de liderança paternalista, ou até ser ditatorial, com o total desrespeito pelas necessidades e sentimentos dos membros do grupo. Normalmente a produtividade é alta mas a criatividade e iniciativa raramente prosperam, assim como a motivação.

O líder democrático estimula de uma forma ativa e orienta o grupo para atingir as suas metas. Tem sempre presente os seguintes princípios:

- todos na organização, departamento, grupo ou equipa são encorajados a participarem na tomada de decisão.
- a liberdade de opinião e ação são permitidas, dentro dos limites razoáveis fixados pela sociedade e pelo grupo.
- cada individuo é responsável por si e pelo bem-estar do grupo.
- espera-se que haja preocupação e respeito por cada um dos membros do grupo, como individuo com características únicas e singulares (Tappen 2005, p.28).

Os membros do grupo, normalmente ficam mais satisfeitos com este tipo de liderança, é considerado mais motivador e esta indicado para grupos de pessoas que trabalham juntas há muito tempo ou quando as relações interpessoais afetam o trabalho do grupo. É considerado por muitos autores o método mais indicado para as equipas de saúde.

O líder *laissez-faire* é geralmente inativo, passivo e não diretivo. Deixa o controlo e tomada de decisão para o grupo e fornece pouca ou nenhuma direção, orientação ou estímulo. Neste tipo de liderança os membros do grupo agem independentemente uns dos outros, frequentemente em campos opostos, por falta de cooperação ou coordenação. Em alguns grupos, estabelece-se o desinteresse e a apatia, em outros a atividade torna-se caótica e a frustração aumenta.

2. – Avaliação e Prevenção de Riscos Psicossociais no trabalho

No âmbito da saúde ocupacional, a avaliação de riscos psicossociais deve fazer parte integrante no processo global de prevenção de riscos da empresa. Existem vários Métodos e Técnicas aplicáveis à prevenção de riscos psicossociais, podem-se considerar uns mais objetivos, como a análise de dados já existentes ou seja o nível de absentismo, dados de saúde, rotação de trabalhadores em determinado posto ou secção de trabalho, o número de baixas por doença, conflituosidade no trabalho, notificações de risco, o resultado de testes psicológicos, o número de queixas, reclamações, notificações de risco. Ou métodos e técnicas mais subjetivas, como os grupos de discussão (*brainstorming*), inquéritos, questionários e entrevistas.

O questionário será, contudo, a melhor forma de obter informação direta dos trabalhadores. Ultimamente, têm-se desenvolvido inúmeras metodologias e questionários de avaliação Geral dos Riscos Psicossociais no trabalho: o Método do Instituto de Ergonomia MAPFRE S.A (INERMAP) (Espanha), o modelo AMIGO e o método PREVENLAB – PSICOSOCIAL para análise e prevenção dos riscos psicossociais, do Professor José Maria Peiró, Universidade de Valencia, Espanha, Ambiente y Salud (ISTAS 21) baseado no método COPSOQ (Questionário Psicossocial de Copenhaga) Em Portugal, encontramos numa fase de investigação acerca das técnicas e métodos mais adequados a utilizar futuramente, é o caso da Metodologia do Questionário de Avaliação Geral dos riscos Psicossociais utilizado no Instituto Português de Oncologia (Aguiar Coelho 2008, p. 101).

A aplicação de questionários permite-nos fazer uma avaliação de riscos em determinados serviços e identificar as categorias de fatores de risco em que seja necessário intervir ou prevenir.

Quick. (1997) citado por Freitas (2011), descreve o incremento da prevenção de riscos laborais à escala da empresa através dos aspetos seguintes:

- novo desenho do posto de trabalho reorganizado uma ou mais dimensões essenciais do trabalho com a finalidade de melhorar a adequação entre pessoa e o posto;
- gestão participativa, através do aumento da margem individual de manobra e da autonomia no trabalho;
- horários de trabalho flexíveis, como meio de adaptação das condições estruturais de trabalho, para valorizar o controlo e a margem de manobra do indivíduo;
- desenvolvimento da carreira profissional, dirigida ao crescimento e ao desenvolvimento pessoais, mediante a auto-avaliação e análise das possibilidades que existem na empresa;
- desenho dos fatores físicos do posto de trabalho.
- se as empresas esperam dos seus trabalhadores uma orientação para os objetivos, é a própria gestão que deve polarizar as atitudes necessárias, visando proporcionar aos trabalhadores mais oportunidades de compromisso, por exemplo através dos planos de carreira.

CAPÍTULO II – PESQUISA EMPÍRICA

1 – Metodologia

A metodologia de investigação constitui uma das partes nobres do estudo científico, permitindo responder às questões que se levantam, através da recolha de dados necessários, com procedimentos adequados, possibilitando a identificação e ênfase de aspetos mais relevantes (Pais Ribeiro, 2010).

1.1 - Contextualização do problema e objetivos do estudo

Com o Decreto-lei nº67/2011, é criada a ULSNE, Entidade Pública Empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A ULSNE do Serviço Nacional de Saúde foi criada por integração do Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E. (CHNE, E.P.E.) e do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste (ACES Nordeste). Com sede social na cidade de Bragança, tem como área de influência os doze Concelhos do distrito e Foz Côa, tendo como objeto a prestação de cuidados de saúde a 145.486 cidadãos (ULSNE 2011). Nela constam 3 unidades hospitalares: Unidade Hospitalar Bragança, Unidade Hospitalar Macedo de Cavaleiros e Unidade Hospitalar Mirandela. Também fazem parte da ULSNE, quinze Centros de Saúde:

- CS Bragança - Unidade de Saúde da Sé
- CS Bragança - Unidade de Saúde de Santa Maria
- CS Macedo de Cavaleiros
- CS Mirandela I
- CS Mirandela II
- CS Carrazeda de Ansiães
- CS Freixo de Espada à Cinta
- CS Miranda do Douro
- CS Torre de Moncorvo
- CS Vila Flôr
- CS Vila Nova de Foz Côa
- CS Vinhais

- CS Alfândega da Fé
- CS Vimioso
- CS Mogadouro

A ULSNE tem por objetivo: a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde; assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida (ULSNE, 2011).

Nas diferentes unidades de saúde colaboram vários grupos profissionais designadamente: Assistentes Operacionais, Assistentes técnicos, Conselho de Administração, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de diagnóstico e Terapêutica e Técnicos Superiores de Saúde. Distribuídos mediante as necessidades dos mesmos, nas referidas unidades de saúde, como consta na figura 3. Estes colaboradores são a população em estudo, sendo parte integrante de uma organização, como já descrito ao longo deste trabalho, são atores sujeitos a todo o tipo de fatores de risco resultantes do próprio trabalho.

Tabela 1 – Distribuição dos colaboradores da ULSNE EPE.

	Administrador Hospitalar	Assistente Operacional	Assistente Técnico	Conselho de Administração	Enfermagem	Informática	Internato Médico	Médico	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	Técnico Superior	Técnico Superior de Saúde	Total
UH Bragança	1	172	75	4	229	8	59	50	36	34	6	674
UH Macedo	0	80	36		63	3	5	12	22	4	1	226
UH Mirandela	1	63	45		110	2	3	32	24	4	2	286
CS Alfândega da fé		11	9		9			4	1	1		35
CS Bragança Santa Maria		12	18		32		7	14	4	3	1	91
CS Bragança Sé		11	17		14		2	10	8	1	5	68
CS Carrazeda de Ansiães		5	8		10			4	1	1		29
CS Freixo Espada à Cinta		5	5		9			2	1	1		23
CS Macedo de Cavaleiros		16	25		37		1	12	4	1		96
CS Mirandela do Douro		8	11		12		2	5		1	1	40
CS Mirandela I		9	6		16		4	9	2	1		47
CS Mirandela II		9	9		16		2	8	2	2		48
CS Mogadouro		9	13		22			6	5	1	2	58
CS Torre de Moncorvo		9	11		10			4	2	1	1	38
CS Vila Flor		12	7		9			5	2	1		36
CS Vimioso		7	7		9			3	1	1	1	29
CS Vinhais		12	9		12			6	2	1	1	43
CS Vila Nova Foz Coa		16	9		16			7	6	1		55
TOTAL	2	466	320	4	635	13	85	193	123	60	21	1922

Fonte: Serviço dos Recursos Humanos da ULSNE EPE.

A sociedade transformou-se numa sociedade de riscos produzidos pelo próprio Homem, num primeiro momento os fatores psicossociais foram apreendidos como fatores que serviam de catalisadores ou favorecedores de outros riscos, neste momento eles mesmos se constituem como fonte potencial e autónoma de produção de danos físicos e psicológicos nos trabalhadores (Paulos, 2009).

Em 1996, já a OIT identificava os fatores psicossociais como interações produzidas entre o trabalho e as pessoas com necessidades, capacidades e condições de vida fora do mesmo. Segundo a referida organização, este conceito apela às condições presentes em contexto laboral, conteúdo do trabalho, organização laboral e estrutura da organização que podem afetar o equilíbrio físico, psicológico e social do trabalhador, bem como influenciar o seu desempenho laboral.

Face à realidade acima exposta, desenvolvemos o presente estudo colocando a seguinte questão científica: “*Quais os fatores de riscos psicossociais a que os colaboradores ULSNE estão expostos?*”

Tentando dar resposta a esta interrogação, estabeleceram-se os seguintes objetivos para este estudo.

- Identificar fatores de risco psicossociais em colaboradores da ULSNE.
- Relacionar fatores de riscos psicossociais com as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão dos respondentes.
- Relacionar os fatores de risco identificados com a saúde física e saúde mental dos intervenientes.
- Disponibilizar os resultados do estudo à equipa de Saúde Ocupacional e Comunidade Científica.
- Realizar um plano de intervenção no âmbito da prevenção de riscos psicossociais na ULSNE.

1.2 - Participantes

Qualquer trabalho de investigação requer uma definição precisa da amostra a estudar e, deste modo, dos elementos que a compõem, isto é, o número de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999). Foram incluídas no nosso estudo as seguintes classes profissionais: Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicos, Enfermeiros e Médicos independentemente do contrato laboral que mantêm com a instituição.

1.2.1 – Amostra

O tamanho da amostra a considerar é importante, pois com amostras de pequena dimensão é possível não detetar diferenças estatísticas significativas, e por outro lado, amostras exageradamente grandes podem tornar diferenças irrelevantes em estatisticamente significativas (Weyne, 2004). Assim sendo, neste trabalho para o cálculo do tamanho da amostra teve-se em atenção os seguintes fatores (Guimarães, 1997; Pestana & Gageiro, 2005):

- nível de confiança da pesquisa.
- a precisão desejada, ou melhor, o erro amostral aceitável para os resultados obtidos na pesquisa.
- a variabilidade dos dados, ou seja, o quanto os dados estão dispersos em relação à característica mais importante na pesquisa.
- o custo.

Este estudo pretende, como já referido, avaliar os riscos psicossociais, a que os colaboradores da ULSNE estão expostos. Inicialmente era nossa intenção utilizar um processo de amostragem não probabilística por quotas para assegurar a representatividade das classes profissionais em estudo pelas diferentes unidades de saúde. Com base na quotização inicialmente elaborada, foi pedido aos responsáveis dos diferentes serviços de saúde da ULSNE, que selecionassem colaboradores das quatro classes profissionais em estudo para o preenchimento do instrumento de recolha de dados. Foi entregue o questionário em envelope fechado aos colaboradores que se encontravam de serviço em determinado período de tempo.

Não foi possível atingir esse objetivo, dada a fraca adesão dos intervenientes em participar no preenchimento do questionário, nomeadamente os assistentes técnicos e os médicos. Por motivos que desconhecemos, dos quinze CS só onze é que aceitaram participar no estudo, excluindo-se assim os Centros de Saúde de Mirandela I, Mogadouro, Vila Flor e Vinhais. Obteve-se uma amostra não probabilística accidental.

Para calcularmos o erro amostral do nosso estudo, recorreu-se à técnica (Oliveira & Grácio, 2005):

N = tamanho da população
E = erro amostral tolerado
n_0 = primeira aproximação do tamanho da amostra
n = tamanho da amostra a utilizar
$n_0 = \frac{1}{E^2}$, portanto $n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$

Sendo a população em estudo composta por 1452 indivíduos e a amostra constituída por 267 indivíduos (18,4% da população) verificamos que na nossa investigação obtivemos um erro amostral de 7,8%.

1.3. Procedimentos

Para a realização deste trabalho de investigação foi necessária a planificação de um conjunto de procedimentos que se traduzem no desenho do estudo e nas considerações ético-deontológicas.

1.3.1. Desenho do estudo

Para a consecução deste trabalho foi desenvolvido um estudo observacional, analítico e transversal, com recurso à metodologia quantitativa (Pais Ribeiro, 2010).

1.3.2 - Procedimentos éticos e deontológicos

Durante o estudo foram tidas em conta as normas éticas e os direitos do indivíduo, cada um participou livremente na investigação, foi assegurado o anonimato, e a confidencialidade dos dados fornecidos. Em nenhum momento, a identidade do participante é passível de ser associada às suas respostas individuais, mesmo pelos investigadores. Obteve-se autorização para aplicação do Questionário na ULSNE (Anexo II).

1.4- Instrumentos de Medida

Metodologia de gestão preventiva de riscos psicossociais, pressupõe um processo, métodos e técnicas, para tal é exigido um conjunto de procedimentos técnicos específicos e os instrumentos de recolha de dados, no seu tratamento, análise e implementação de ações tomadas no âmbito do processo de gestão preventiva de riscos psicossociais. Pode haver métodos e técnicas de natureza quantitativa, caso deste estudo, o questionário é a técnica quantitativa mais utilizada em ciências sociais para a recolha de dados (Aguiar Coelho, 2010).

É uma temática que ainda se encontra numa fase embrionária no nosso país e o questionário mais indicado para este estudo seria o “Questionário CPOSOQ (*copenhagen psychosocial Questionnaire*)”, da Universidade de Copenhaga. Questionário que por sua vez se encontra em fase validação em Portugal, pelos autores Ribeiro, Rodrigues e Coelho através da empresa CEGOC.

Para a consecução do estudo foi feita a recolha de dados através da aplicação do “Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais”, cedido pelo Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral do IPO Porto, F.G., E.P.E.

O questionário do IPO do Porto foi construído, em 2003: com base no questionário FPSICO do INSHT (Instituto Nacional de Segurança e Higiene no Trabalho) (Espanha) (1996); no questionário WOCCQ (Working Conditions and Control Questionnaire), da Universidade de Liège (2001); e no Questionário CPOSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire), da Universidade de Copenhaga (2002), tendo-lhe sido acrescentados, relativamente àqueles questionários, outros itens, referenciados pela

literatura então disponível e acessível (Cox & Cox, 1993; Cox, Griffiths & Cox, 1996; Cox et al. 2000 e Cox, Randall & Griffiths), de modo a adaptá-lo ao contexto de trabalho hospitalar (Aguiar Coelho, 2010, p.229).

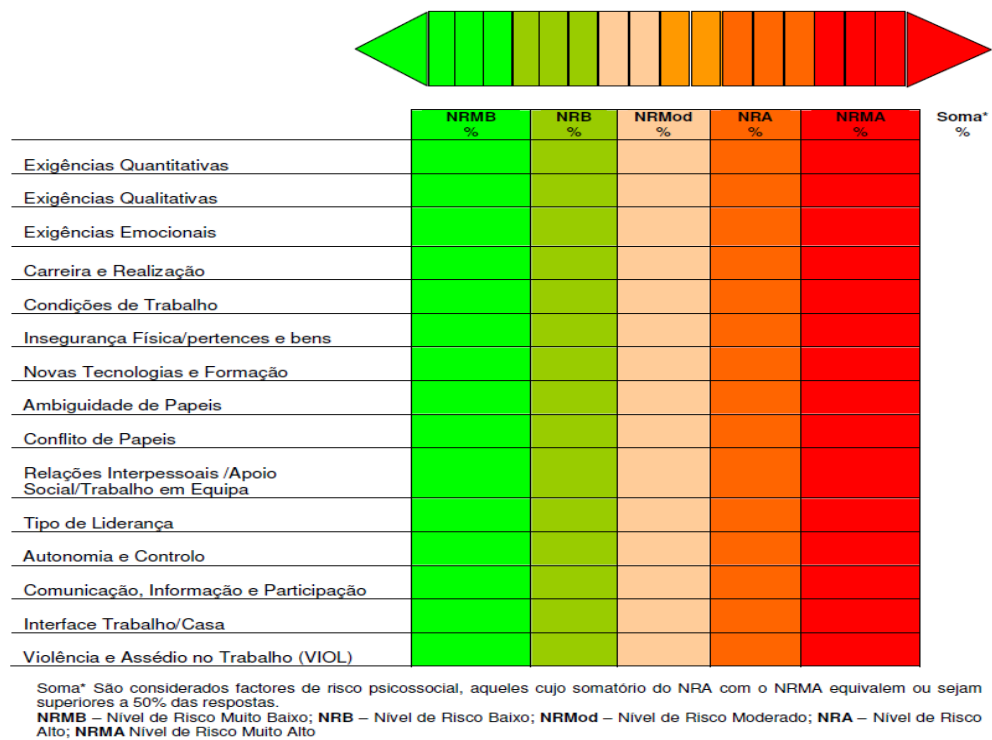
O questionário utilizado é composto por três partes:

- a) A primeira parte inclui questões sociodemográficas que visam caracterizar os colaboradores quanto a unidade onde desempenha funções, idade, sexo, estado civil, antiguidade na profissão, horário de trabalho e se trabalha por turnos.
- b) A segunda parte é a de avaliação de fatores de risco psicossociais, numa escala tipo Likert com cinco opções de resposta, constituída por 72 itens, subdividido em 15 categorias. O número de perguntas varia consoante as diferentes categorias, a seguir descritas:
 - exigências quantitativas, correspondem as primeiras sete questões.
 - exigências qualitativas – quatro questões(da 8ª à 11ª questão)
 - exigências emocionais sete questões (12ª à 18ª questão)
 - carreira e realização – seis perguntas (19ª à 24ª questão)
 - condições de trabalho – duas questões (25ª e 26ª questão)
 - insegurança física/ Pertences e Bens – duas questões (27ª e 28ª questão)
 - novas tecnologias e formação – duas questões (29ª e 30ª questão)
 - ambiguidade de papéis – Cinco questões (31ª à 35ª questão)
 - conflito de papéis – três questões (36ª à 38ª questão)
 - relação interpessoal/ Apoio social/trabalho em equipa – nove questões (39ª à 47ª questão)
 - tipo de Liderança – sete questões (48ª à 54ª questão)
 - autonomia e controlo – quatro questões (55ª à 58ª questão)
 - comunicação, informação e participação – quatro questões (59ª à 62ª questão)
 - interface Trabalho/casa – cinco questões (63ª à 67ª questão)
 - violência e assédio no trabalho – quatro questões (68ª à 71ª questão)(Anexo III)

A Cotação é feita por categoria em que cada uma tem uma cotação própria (Anexo IV), atendendo a cinco níveis de risco psicossociais, cuja descrição é:

- Nível de Risco Muito Baixo (NRMB) - ausência de qualquer situação crítica. Sugere a existência de uma série de condições muito favoráveis relativamente aos fatores de risco psicossocial.
- Nível de Risco Baixo (NRB) - situações que não interferem, ou que não apresentam grandes problemas na realização do trabalho e no ambiente psicossocial. Indica uma situação favorável do ponto de vista psicossocial.
- Nível de Risco Moderado (NRM) - situações que interferem, de alguma forma, com o desenvolvimento do trabalho e no ambiente psicossocial, contudo, são situações consideradas geralmente ultrapassáveis mas que se adotarem um carácter periódico começam a intervir com um carácter não satisfatório.
- Nível de Risco Alto (NRA) - existe um conjunto de problemas que dificultam o adequado desenvolvimento do trabalho e perturbam o ambiente psicossocial.
- Nível de Risco Muito Alto (NRMA) - existe pontos críticos que impossibilitam ou dificultam em muito, o desenvolvimento do trabalho e, afetam de forma significativamente negativa o ambiente psicossocial.

São considerados fatores de risco psicossocial, aqueles cujo somatório do Nível de Risco Alto com o Nível de Risco Muito Alto equivalem ou sejam superiores a 50% das respostas como se constata na Figura 3.



Fonte: Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral do IPO Porto, E.P.E. (2013). Figura 3 – Cotação dos factores de riscos psicossociais por categorias.

- c) Na terceira e última parte do questionário é avaliada saúde física onde foi utilizada uma escala com oito itens pontuadas de um a cinco numa escala de Likert, sendo o valor oito o valor mínimo e quarenta o máximo, quanto maior for o valor pior será a saúde física. As questões para avaliar a saúde física, têm em conta o último mês de trabalho e foram considerados: hipertensão arterial, distúrbios digestivos, cefaleias, perda de equilíbrio, perda de cabelo, reações cutâneas, cansaço e ritmo cardíaco acelerado. Por fim, para avaliar a saúde mental foi utilizada uma escala com onze itens pontuadas de um a cinco também numa escala de Likert, sendo onze o valor mínimo e cinquenta e cinco o máximo também aqui, quanto maior for o valor pior será a saúde mental. Também é considerado o último mês de trabalho, a pertinência das questões passam por avaliar estado emocional, ansiedade, tristeza, falta de interesse, dificuldade em adormecer, problemas de concentração e dificuldades em tomar decisões, recordar coisas e pensar de forma clara.

Dado que, ainda não existem instrumentos de colheita de dados desta natureza, validados para a população portuguesa, sentimos a necessidade de realizar um pré-teste. Aplicado numa amostra de 10 indivíduos convidados pela investigadora que desempenham atividades em instituições da saúde, durante o mês de fevereiro 2013. Após a aplicação do pré-teste não verificamos nenhuma dificuldade de preenchimento e compreensão.

1.5 – Procedimentos de recolha e análise de dados

Os dados obtidos foram introduzidos numa base de dados informatizada e os procedimentos e análises estatísticas foram efetuadas com recurso ao SPSS versão 20.0.0, através da seguinte metodologia:

Para a caracterização da amostra recorreu-se a tabelas de frequências absolutas e relativas. Nos fatores de riscos elaboraram-se tabelas de frequências relativas de acordo com as várias categorias das variáveis independentes o que possibilitou a identificação dos riscos psicossociais na amostra em estudo. Nos fatores de risco, identificados testou-se a relação com as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão recorrendo a testes do qui-quadrado (ou ao teste exato de Fisher quando esse não se pode aplicar). Quantificou-se ainda a relação entre os fatores de risco com o nível de saúde física e o nível de saúde mental através das correlações de Spearman porque se tratam de amostras que não seguem a distribuição normal.

1.5.1 – Operacionalização das variáveis

As variáveis da investigação constituem um elemento central do estudo, e são uma característica que varia e que se distribui por diferentes valores ou qualidades (Pais Ribeiro, 2007). Variável é, como o próprio nome indica, algo que varia, ou seja, são todos aqueles aspetos, propriedades ou fatores reais ou potencialmente mensuráveis através dos valores que assumem. De referir que no nosso estudo os fatores de risco psicossociais correspondem a variável dependente a qual é avaliada na segunda parte do questionário, como descrito no capítulo referente ao instrumento de medida. Entre outras categorias são avaliadas: exigências quantitativas, obtendo informação dos

inquiridos acerca da carga de trabalho que realiza, nomeadamente trabalhar muito rápido, acumulação de trabalho, tempo suficiente para realizar tarefas e excesso de trabalho; exigências qualitativas referentes a carga emocional, contemplando a concentração e atenção dispensada na realização das tarefas, gerir grande volume de informação, recordar muitas coisas ao mesmo tempo ou tomar decisões rápidas e por vezes difíceis. Condições de trabalho: pretende-se obter informação acerca das condições físicas de trabalho e recursos e equipamentos para trabalhar; insegurança física/pertences e bens, procurando conhecer dados sobre segurança no local de trabalho; tipo de liderança apresentando questões sobre a chefia relacionadas com o planeamento do trabalho, gerir conflitos, motivação e equidade de oportunidades para com os membros da equipa. De seguida vamos caracterizar as variáveis independentes

As variáveis independentes

Dado que o processo de investigação consiste numa série de operações, torna-se necessário converter as variáveis consideradas em abstrato, ou na sua forma conceptual, em formas operacionais. Operacionalizar variáveis significa formulá-las numa forma observável e mensurável, convertendo-as em fatores disponíveis para serem manipulados, controlados e examinados. Assim, as variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma e seguindo a ordem questionário:

- a) Local de trabalho – foi operacionalizada referindo-se aos três hospitais e onze Centros de saúde, já mencionados no ponto anterior. Para o presente estudo esta variável é de extrema importância, pois permite identificar onde é prioritário intervir.
- b) Função ou classe profissional - foram selecionados quatro grupos profissionais Assistentes Operacionais, Assistentes Técnicos, Enfermeiros e Médicos.
- c) Sexo - Pela sua natureza é uma variável dicotómica, possuindo duas categorias, masculino e feminino.
- d) Idade - Esta variável é medida enquanto variável quantitativa contínua para o cálculo de medidas de tendência central e de dispersão, e para posterior análise

foi operacionalizada em classes de idades da seguinte forma: < 25 anos; 25 – 35 anos; 36 – 45 anos; 46 – 55 anos e > 56 anos.

- e) Estado civil - A variável foi operacionalizada em solteiro, casado, união de facto e opção para colocar outra situação.
- f) Antiguidade na profissão - Uma variável quantitativa contínua, foi operacionalizada em classes de tempo da seguinte forma: <6 meses; 7 meses – 2 anos; 3 – 5 anos; 6 – 10 anos e > 11 anos.
- g) Vínculo à instituição - Foi operacionalizada quanto ao tipo de contrato que o colaborador possui com a instituição, referindo se é um contrato de trabalho função pública, contrato de trabalho sem termo, contrato de trabalho a termo, contrato de trabalho temporário e ainda alternativa para mencionar outra situação.
- h) Horário de trabalho - Variável quantitativa, com quatro opções de resposta nomeadamente 35 horas por semana; 40 horas por semana; 42 horas por semana ou outros.
- i) Trabalho por turnos - Foi colocada uma questão fechada com opção de resposta sim ou não. Em caso de resposta afirmativa o colaborador é ainda questionado se faz turnos da noite e a quantidade de noites que faz em média por mês. De referir que o trabalho por turnos nem sempre implica fazer o turno da noite, principalmente nos centros de saúde a rotatividade horária pode passar pelo turno da manhã e pelo turno da tarde. Dado que o horário de abertura dos mesmos é das 8 horas até às 20 horas de segunda à sexta.
- j) Os inquiridos são ainda questionados, se sentem consequências físicas e mentais por trabalhar por turnos, dados que se obtêm através de resposta fechada sim ou não.
- k) Costuma trabalhar mais horas para além do seu horário de trabalho? – É a penúltima questão referente à primeira parte do questionário, a opção de escolha foi operacionalizada em resposta fechada: sim, não ou às vezes.

Em caso afirmativo é perguntada a frequência com que acontece, tendo três alternativas de resposta nomeadamente: todos os dias; duas ou mais vezes por semana ou uma vez por semana.

- 1) Por fim é colocada a questão, sente que o seu horário de trabalho interfere com a sua vida social e familiar? Com opção de resposta: sim, não ou por vezes.

2 – Apresentação e descrição dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos indo ao encontro dos objetivos delineados para este estudo, e a sua apresentação encontra-se dividida segundo os mesmos. Os resultados obtidos são apresentados com recurso a tabelas, acompanhados de uma descrição narrativa. Na análise que se efetua dos resultados é dada especial ênfase aos que se mostram significativos e antecede sempre à tabela.

2.1 – Caracterização da amostra

A amostra em estudo é constituída por 267 indivíduos que exercem funções nas três unidades hospitalares e em 11 centros de saúde da ULSNE. Dos inquiridos, 53.2% exercem funções nos hospitais e os restantes nos centros de saúde. (Tabela 2)

Tabela 2. Distribuição da amostra por unidade de trabalho

		Amostra		População	Erro amostral
		Frequência absoluta	Frequência relativa		
Local de Trabalho	UH	142	53.2	967	7.8%
	CS	125	46.8	485	7.8%
	Total	267	100	1452	

Na tabela 3 apresentamos os resultados tendo em conta as Unidades Hospitalares (UH) e os Centros Saúde (CS) ou seja distinguindo assim os prestadores de serviço em cuidados diferenciados (UH) dos prestadores de serviço em cuidados de saúde primários (CS). Caracterizando primeiro os colaboradores que desempenham funções nas UH, assim sendo: a amostra é composta por 70 enfermeiros, 33 assistentes operacionais, 30 assistentes técnicos e 9 médicos a desempenhar funções em cuidados diferenciados e 43 enfermeiros, 33 assistentes técnicos, 30 assistentes operacionais e 19 médicos a exercer atividade em cuidados de saúde primários. Globalmente, os enfermeiros totalizam 42.3% dos inquiridos, os assistentes operacionais e técnicos totalizam 47.2% repartidos de forma equitativa nas duas categorias, e os restantes 10.5% são médicos. A maioria dos inquiridos em cada unidade é do sexo feminino, totalizando 79.4% da amostra

recolhida. Nas UH, a faixa etária mais representada é a dos 36-45 anos seguindo-se a dos 25-35 anos e 46-55 anos. Há 11 inquiridos com idade superior a 55 anos e 1 com idade inferior a 25 anos. Nos CS, mais de 50% dos inquiridos têm idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos. Na amostra global, os inquiridos são maioritariamente casados (63.7%), há 17.2% de solteiros, 13.1% têm outro estado civil e 6% em união de facto.

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com o local onde exerce funções e as variáveis sociodemográficas

		UH	CS	Frequência Total	
				n	%
Função	Assistente operacional	33	30	63	23.6
	Assistente técnico	30	33	63	23.6
	Enfermeiro	70	43	113	42.3
	Médico	9	19	28	10.5
	Total	142	125	267	100
Sexo	Masculino	32	23	55	20.6
	Feminino	110	102	212	79.4
	Total	142	125	267	100
Idade	<25 anos	1	0	1	0.4
	25-35 anos	36	37	73	27.3
	36-45 anos	59	33	92	34.5
	46-55 anos	35	29	64	24.0
	>55 anos	11	26	37	13.9
	Total	142	125	267	100
Estado civil	Solteiro	25	21	46	17.2
	Casado	88	82	170	63.7
	União de facto	10	6	16	6.0
	Outro	19	16	35	13.1
	Total	142	125	267	100

Quanto à antiguidade na profissão, 63.7% indica trabalhar há mais de 10 anos, 18.7% entre 6 e 10 anos, 15% entre 3 e 5 anos e os restantes 2,6% entre 2 ou menos anos. Relativamente ao vínculo com a instituição a maioria dos inquiridos em cada uma das amostras tem um contrato de trabalho de funções públicas como consta na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com o local onde exerce funções e antiguidade /vinculo

		UH	CS	Frequência Total	
				n	%
Antiguidade na profissão	<6meses	1	1	2	0.7
	7 meses-2 anos	3	2	5	1.9
	3-5 anos	19	21	40	15.0
	6-10 anos	23	27	50	18.7
	>10 anos	96	74	170	63.7
	Total		142	125	267
Vínculo à instituição	C. T. F. P.	78	77	155	58.1
	C. T. sem termo	51	25	76	28.5
	C. T. a termo	10	20	30	11.2
	Outra situação	3	3	6	2.2
	Total	142	125	267	100

Na tabela 5 consta que 64,4% dos indivíduos trabalham 35 horas por semana os restantes trabalham 40 horas (30.3%) por semana e 5.2% trabalha 42 horas por semana, o trabalho por turnos registam-se 90 inquiridos pertencentes as UH e destes 80 fazem o turno da noite, quanto aos indivíduos que exercem funções no CS 51 mencionam que trabalham por turnos e desses 12 inquiridos fazem o turno da noite. O nº de noites que trabalham por mês, registam-se valores entre 1 e 10, sendo mais comum trabalhar 4 ou 5 noites por mês.

Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com o local onde exerce funções e o horário de trabalho

		UH	CS	Frequência Total	
				n	%
Horário de trabalho	35 h/semana	89	83	172	64.4
	40 h/semana	49	32	81	30.3
	42 h/semana	4	10	14	5.2
	Total	142	125	267	100
Trabalho por turnos	Sim	90	51	141	52.8
	Não	52	74	126	47.2
	Total	142	125	267	100
Turno da noite	Sim	80	12	92	65.2
	Não	10	39	49	34.8
	Total	90	51	141	100
N.º de noites por mês	3	5	4	9	9.85
	4	25	2	27	29.3
	5	36	3	39	42.4
	7	13	3	16	17.2
	10	1	0	1	1.1
	Total	80	12	92	100

Aos 141 inquiridos que trabalham por turnos foi perguntado se isso lhes provoca consequências físicas e mentais, tendo 80 respondido afirmativamente, 46 negativamente e os restantes não responderam. Quanto ao trabalhar mais horas do que o horário de trabalho, 131 responde negativamente, dos restantes 77 responde afirmativamente e 58 responde “às vezes”. Aos 135 indivíduos que responderam que trabalham mais horas do que o horário de trabalho, foi-lhes perguntado a frequência dessa ocorrência, e, apenas 128 responderam, sendo que 61 indica uma vez por semana, 58 duas ou mais vezes por semana e 9 indica que todos os dias trabalha mais horas do que o horário de trabalho. No que concerne à interferência do horário na vida pessoal e social, no global, há 30% responde que não, os restantes 70% repartem-se pelo “por vezes” e pelo “sim” com percentagens de 37 e 30, respetivamente. Nas UH 107 indivíduos indicam que o seu horário de trabalho interfere às vezes ou sempre já no caso dos CS 80 dos inquiridos referem o mesmo (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com o local onde exerce funções

		UH	CS	Frequência Total	
				n	%
Consequências físicas e mentais por trabalhar por	Sim	67	13	80	63.5
	Não	18	28	46	36.5
	Total	85	41	126	100
Trabalha mais horas do que o horário de trabalho	Sim	45	32	77	28.9
	Não	65	66	131	49.2
	Às vezes	32	26	58	21.8
	Total	142	124	266	100
Com que frequência	Todos os dias	6	3	9	7.0
	2 ou mais vezes por semana	33	25	58	45.3
	1 vez por semana	33	28	61	47.7
	Total	72	56	128	100
O horário interfere com a vida social e familiar	Sim	58	30	88	33.0
	Não	35	45	80	30.0
	Por vezes	49	50	99	37.1
	Total	142	125	267	100

2.2 – Identificação dos Fatores de Riscos Psicossociais em profissionais da ULSNE.

Com vista em obter resultados mais pormenorizados e a dar resposta ao 1º objetivo, optamos por subdividir a nossa amostra no que se refere aos trabalhadores a exercerem funções nas UH e os exercem nos CS. Em cada uma foram identificados fatores de riscos psicossociais, tendo em conta quanto a profissão que exercem, o horário de trabalho e a perceção que os inquiridos têm sobre se o horário de trabalho interferir ou não com a sua vida social e familiar.

2.2.1 – Identificação dos fatores de riscos psicossociais em profissionais a exercer funções nas Unidades Hospitalares

Na tabela 7 apresentamos os resultados da avaliação dos riscos psicossociais identificados, por categorias, Exigências referente às UH. Como podemos observar, as categorias: exigências qualitativas e a Insegurança física/pertences e bens, são as que apresentam risco, com especial relevância para a primeira que apresenta um risco de 81.7%.

Tabela 7. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nas UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM(%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco
Exigências quantitativas	0	1.4	52.8	40.1	5.6	
Exigências qualitativas	0	2.8	15.5	43.0	38.7	81.7
Exigências emocionais	2.8	32.4	56.3	8.5	0	
Carreira e realização	4.2	57.0	35.9	2.8	0	
Condições de trabalho	1.4	16.2	37.3	35.9	9.2	
Insegurança física/pertences e bens	2.1	9.9	35.2	40.1	12.7	52.8
Novas tecnologias e formação	6.3	29.6	44.4	14.1	5.6	
Ambiguidade de papéis	59.9	33.8	4.9	1.9	0	
Conflito de papéis	0.7	11.3	61.3	21.1	5.6	
Relações interpessoais/ apoio social /trabalho em equipa	22.7	56.7	20.6	0	0	
Tipo de liderança	33.8	42.3	18.3	4.2	1.4	
Autonomia e controlo	6.3	52.1	37.3	4.2	0	
Comunicação, informação e participação	10.6	45.8	29.6	12.7	1.4	
Interface trabalho/casa	0	22.5	61.3	15.5	0.7	
Violência e assédio no trabalho	43.7	36.6	14.8	3.5	1.4	

Os fatores de risco psicossociais para o grupo profissional dos Assistentes operacionais, são apresentados na tabela 8. As categorias “Exigências qualitativas” e “Insegurança física/pertences e bens” são as que representam risco.

Tabela 8. Frequência relativa as categorias para a escala de AVRP nos assistentes operacionais das UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	3.0	75.8	18.2	3.0	
Exigências qualitativas	0	12.1	33.3	42.4	12.1	54.5
Exigências emocionais	3.0	12.1	78.8	6.1	0	
Carreira e realização	3.0	48.5	45.5	3.0	0	
Condições de trabalho	0	12.1	42.4	39.4	6.1	
Insegurança física/pertences e bens	0	6.1	39.4	42.4	12.1	54.5
Novas tecnologias e formação	9.1	15.2	57.6	12.1	6.1	
Ambiguidade de papéis	60.6	24.2	15.2	0	0	
Conflito de papéis	3.0	12.1	66.7	12.1	6.1	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	24.2	45.5	30.3	0	0	
Tipo de liderança	33.3	42.4	21.2	3.0	0	
Autonomia e controlo	3.0	42.4	54.5	0	0	
Comunicação, informação e participação	9.1	54.5	18.2	18.2	0	
Interface trabalho/casa	0	15.2	63.6	18.2	3.0	

Para o grupo profissional dos Assistentes Técnicos, os fatores de risco identificados são: exigências quantitativas, exigências qualitativas e insegurança física/pertences e bens (Tabela 9).

Tabela 9. Frequência relativa as categoria da escala de AVRP nos Assistentes Técnicos das UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	0	46.7	50.0	3.3	53.3
Exigências qualitativas	0	0	130.3	50.0	36.7	86.7
Exigências emocionais	0	23.3	50.0	26.7	0	
Carreira e realização	3.3	36.7	53.3	6.7	0	
Condições de trabalho	6.7	36.7	26.7	16.7	13.3	
Insegurança física/pertences e bens	3.3	6.7	30.0	43.3	16.7	60.0
Novas tecnologias e formação	0	30.0	36.7	26.7	6.7	
Ambiguidade de papéis	60.0	30.0	3.3	6.7	0	
Conflito de papéis	0	10.0	80.0	10.0	0	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	31.0	44.8	24.1	0	0	
Tipo de liderança	53.3	20.0	20.0	3.3	3.3	
Autonomia e controlo	20.0	53.3	23.3	3.3	0	
Comunicação, informação e participação	10.0	33.3	43.3	10.0	3.3	
Interface trabalho/casa	0	20.0	70.0	10.0	0	
Violência e assédio no trabalho	60.0	33.3	6.7	0	0	

Na tabela 10 apresentamos os fatores de risco para o grupo profissional dos Enfermeiros, sendo as “Exigências qualitativas” e as “Condições de trabalho” as categorias de risco identificadas, com especial relevância a primeira, por representar um risco de 90%.

Tabela 10. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos Enfermeiros das UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	1.4	48.6	44.3	5.7	
Exigências qualitativas	0	0	10.0	41.4	48.6	90.0
Exigências emocionais	2.9	44.3	50.0	2.9	0	
Carreira e realização	4.3	68.6	25.7	1.4	0	
Condições de trabalho	0	10.0	40.0	40.0	10.0	50.0
Insegurança física/pertences e bens	2.9	12.9	38.6	37.1	8.6	
Novas tecnologias e formação	7.1	37.1	41.4	8.6	5.7	
Ambiguidade de papéis	61.4	38.6	0	0	0	
Conflito de papéis	0	11.4	51.4	28.6	8.6	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	20.0	65.7	14.3	0	0	
Tipo de liderança	28.6	50.0	15.7	4.3	1.4	
Autonomia e controlo	2.9	52.9	38.6	5.7	0	
Comunicação, informação e participação	12.9	44.3	30.0	11.4	1.4	
Interface trabalho/casa	0	28.6	60.0	11.4	0	
Violência e assédio no trabalho	37.1	40.0	15.7	4.3	2.9	

O grupo profissional dos médicos a desempenhar funções nas UH evidenciam quatro fatores de risco: exigências quantitativas, exigências qualitativas, condições de trabalho e insegurança física/pertences e bens. Destaca-se a categoria exigência qualitativa com 100% dos inquiridos. Estes resultados são apresentados na tabela 11.

Tabela 11. Frequência relativa as categorias da escala AVRP nos Médicos das UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	0	22.2	55.6	22.2	77.8
Exigências qualitativas	0	0	0	33.3	66.7	100
Exigências emocionais	11.1	44.4	44.4	0	0	
Carreira e realização	11.1	66.7	22.2	0	0	
Condições de trabalho	0	11.1	33.3	55.6	0	55.6
Insegurança física/pertences e bens	0	11.1	11.1	44.4	33.3	77.7
Novas tecnologias e formação	11.1	22.2	44.4	22.2	0	
Ambiguidade de papéis	44.4	44.4	11.1	0	0	
Conflito de papéis	0	11.1	55.6	33.3	0	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	11.1	66.7	22.2	0	0	
Tipo de liderança	11.1	55.6	22.2	11.1	0	
Autonomia e controlo	0	77.8	11.1	11.1	0	
Comunicação, informação e participação	0	66.7	22.2	11.1	0	
Interface trabalho/casa	0	20.0	70.0	10.0	0	
Violência e assédio no trabalho	60.0	33.3	6.7	0	0	

Na tabela 12, constam os resultados para os trabalhadores a exercer funções nas UH e que trabalham por turnos. Como podemos observar, as categorias: “Exigências

qualitativas”, “Condições de trabalho” e “Tipo de liderança”, são as que apresentam risco.

Tabela 12. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que trabalham por turnos nas UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	2.2	56.7	34.4	6.7	
Exigências qualitativas	0	4.4	17.8	42.2	35.6	77.8
Exigências emocionais	3.3	35.6	56.7	4.4	0	
Carreira e realização	4.4	57.8	35.6	2.2	0	
Condições de trabalho	1.1	10.0	38.9	40.0	10.0	50.0
Insegurança física/pertences e bens	1.1	10.0	42.2	34.4	12.2	
Novas tecnologias e formação	10.0	25.6	46.7	13.3	4.4	
Ambiguidade de papéis	62.2	33.3	4.4	0	0	
Conflito de papéis	1.1	12.2	53.3	26.7	6.7	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	20.0	56.7	23.3	0	0	
Tipo de liderança	1.1	5.6	20.0	46.7	26.7	73.4
Autonomia e controlo	2.2	48.9	43.3	5.6	0	
Comunicação, informação e participação	11.1	48.9	23.3	15.6	1.1	
Interface trabalho/casa	0	25.6	57.8	15.6	1.1	
Violência e assédio no trabalho	40.0	38.9	16.7	4.4	0	

Os inquiridos que não desenvolvem trabalho por turnos, evidenciam como fatores de risco as “Exigências quantitativas”, as “Exigências qualitativas” e a “insegurança física/pertences e bens”, como podemos observar na tabela 13.

Tabela 13. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que não trabalham por turnos nas UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	0	46.2	50.0	3.8	53.8
Exigências qualitativas	0	0	11.5	44.2	44.2	88.4
Exigências emocionais	1.9	26.9	55.8	15.4	0	
Carreira e realização	3.8	55.8	36.5	3.8	0	
Condições de trabalho	1.9	26.9	34.6	28.8	7.7	
Insegurança física/pertences e bens	3.8	9.6	23.1	50.0	13.5	63.5
Novas tecnologias e formação	0	36.5	40.4	15.4	7.7	
Ambiguidade de papéis	55.8	34.6	5.8	3.8	0	
Conflito de papéis	0	9.6	75.0	11.5	3.8	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	27.5	56.9	15.7	0	0	
Tipo de liderança	46.2	34.6	15.4	1.9	1.9	
Autonomia e controlo	13.5	57.7	26.9	1.9	0	
Comunicação, informação e participação	9.6	40.4	40.4	7.7	1.9	
Interface trabalho/casa	0	17.3	67.3	15.4	0	
Violência e assédio no trabalho	50.0	32.7	11.5	1.9	3.8	

Os inquiridos que trabalham por turnos com trabalho noturno, evidenciam como fator de risco as “Exigências qualitativa” (tabela 14).

Tabela 14. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que trabalham no turno da noite nas UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	1.3	53.8	37.5	7.5	80.0
Exigências qualitativas	0	2.5	17.5	45.0	35.0	
Exigências emocionais	3.8	36.3	56.3	3.8	0	
Carreira e realização	3.8	61.3	33.8	1.3	0	
Condições de trabalho	0	11.3	41.3	38.8	8.8	
Insegurança física/pertences e bens	1.3	11.3	42.5	32.5	12.5	
Novas tecnologias e formação	10.0	27.5	46.3	13.8	2.5	
Ambiguidade de papéis	62.5	33.8	3.8	0	0	
Conflito de papéis	1.3	10.0	55.0	26.3	7.5	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	20.0	58.8	21.3	0	0	
Tipo de liderança	26.3	48.8	17.5	6.3	1.3	
Autonomia e controlo	2.5	46.3	46.3	5.0	0	
Comunicação, informação e participação	10.0	51.2	23.8	13.8	1.3	
Interface trabalho/casa	0	23.8	57.5	17.5	1.3	
Violência e assédio no trabalho	41.3	38.8	15.0	5.0	0	

Quanto aos inquiridos que consideram que o seu horário de trabalho interfere com a vida pessoal e familiar são notórios dois fatores de risco: exigências quantitativas e qualitativas (tabela 15).

Tabela 15. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que consideram que o horário de trabalho interfere com a vida pessoal e familiar nas UH

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	1.7	36.2	50.0	12.1	62.1
Exigências qualitativas	0	1.7	15.5	36.2	46.6	82.8
Exigências emocionais	5.2	46.6	44.8	3.4	0	
Carreira e realização	6.9	53.4	39.7	0	0	
Condições de trabalho	0	17.2	37.9	37.9	6.9	
Insegurança física/pertences e bens	1.7	10.3	43.1	31.0	13.8	
Novas tecnologias e formação	8.6	25.9	50.0	12.1	3.4	
Ambiguidade de papéis	56.9	36.2	6.9	0	0	
Conflito de papéis	0	8.6	48.3	32.8	10.3	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	19.3	56.1	24.6	0	0	
Tipo de liderança	24.1	43.1	25.9	5.2	1.7	
Autonomia e controlo	3.4	56.9	31.0	8.6	0	
Comunicação, informação e participação	3.4	46.6	31.0	19.0	0	
Interface trabalho/casa	0	25.9	51.7	20.7	1.7	
Violência e assédio no trabalho	36.2	43.1	13.8	5.2	1.7	

2.2.2 – Identificação dos Fatores de Risco Psicossociais em profissionais a exercer funções nos Centros de Saúde

Na tabela 16 apresentamos os fatores de risco para a amostra obtida das CS e identificaram-se como fatores de risco: exigências qualitativas, condições de trabalho e a insegurança física/pertences e bens.

Tabela 16. Frequência as categorias da escala de AVRP nos CS

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	20.8	38.4	37.6	3.2	
Exigências qualitativas	4.8	4.0	24.0	41.6	25.6	67.2
Exigências emocionais	1.6	23.2	52.0	21.6	1.6	
Carreira e realização	6.4	51.2	37.6	4.8	0	
Condições de trabalho	0.8	5.6	24.8	40.8	28.0	68.8
Insegurança física/pertences e bens	0.8	8.8	16.8	38.4	35.2	73.6
Novas tecnologias e formação	11.2	24.8	40.8	16.8	6.4	
Ambiguidade de papéis	62.4	29.6	7.2	0.8	0	
Conflito de papéis	4.8	19.2	50.4	22.4	3.2	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	21.6	52.0	20.8	5.6	0	
Tipo de liderança	32.3	37.1	23.4	6.5	0.8	
Autonomia e controlo	12.8	53.6	28.0	2.4	3.2	
Comunicação, informação e participação	10.5	42.7	34.7	6.5	5.6	
Interface trabalho/casa	2.4	25.2	52.0	19.5	0.8	
Violência e assédio no trabalho	49.6	39.2	8.0	2.4	0.8	

Na tabela 17 apresentamos os fatores de risco psicossociais para os Assistentes Operacionais e esses fatores são: condições de trabalho e a Insegurança física/pertences e bens.

Tabela 17. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos Assistentes Operacionais nas CS

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	43.3	36.7	20.0	0	
Exigências qualitativas	20.0	60.0	6.7	13.3	0	
Exigências emocionais	0	13.3	50.0	33.3	3.3	
Carreira e realização	3.3	33.3	46.7	16.7	0	
Condições de trabalho	0	3.3	30.0	26.7	40.0	66.7
Insegurança física/pertences e bens	0	3.3	10.0	23.3	63.3	86.6
Novas tecnologias e formação	16.7	16.7	36.7	16.7	13.3	
Ambiguidade de papéis	80.0	13.3	3.3	3.3	0	
Conflito de papéis	6.7	20.0	43.3	26.7	3.3	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	13.3	50.0	20.0	16.7	0	
Tipo de liderança	50.0	20.0	20.0	6.7	3.3	
Autonomia e controlo	13.3	33.3	36.7	3.3	13.3	
Comunicação, informação e participação	10.0	26.7	40.0	3.3	20.0	
Interface trabalho/casa	6.7	20.0	53.3	20.0	0	
Violência e assédio no trabalho	50.0	40.0	6.7	3.3	0	

Para o grupo profissional dos Assistentes Técnicos, tabela 18, os fatores de risco identificados integram as categorias das “Exigências qualitativas”, “Condições de trabalho” e “Insegurança física/pertences e bens”.

Tabela 18. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos Assistentes Técnicos nos CS

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	9.1	54.5	36.4	0	
Exigências qualitativas	0	0	12.2	54.5	33.3	87.8
Exigências emocionais	3.0	24.2	57.6	15.2	0	
Carreira e realização	12.1	45.5	39.4	3.0	0	
Condições de trabalho	0	3.0	18.2	39.4	39.4	78.8
Insegurança física/pertences e bens	0	15.2	12.1	39.4	33.3	72.7
Novas tecnologias e formação	9.1	24.2	33.3	21.2	12.1	
Ambiguidade de papéis	66.7	30.3	3.0	0	0	
Conflito de papéis	3.0	15.2	66.7	12.1	3.0	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	21.2	54.5	24.2	0	0	
Tipo de liderança	31.3	37.5	28.1	3.1	0	
Autonomia e controlo	12.1	57.6	24.2	6.1	0	
Comunicação, informação e participação	12.1	42.4	36.4	6.1	3.0	
Interface trabalho/casa	0	22.6	58.1	16.1	3.2	
Violência e assédio no trabalho	48.5	45.5	6.1	0	0	

Na tabela 19 apresentamos os fatores de risco para o grupo profissional dos Enfermeiros, tendo sido identificado risco nas categorias das “Exigências qualitativas”, “Condições de trabalho” e “Insegurança física/pertences e bens”.

Tabela 19. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos enfermeiros nas CS

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	18.6	37.2	44.2	0	
Exigências qualitativas	0	9.3	16.3	55.8	18.6	73.4
Exigências emocionais	0	23.3	53.5	20.9	2.3	
Carreira e realização	0	67.4	32.6	0	0	
Condições de trabalho	2.3	7.0	30.2	44.2	16.3	60.5
Insegurança física/pertences e bens	2.3	9.3	20.9	44.2	23.3	67.5
Novas tecnologias e formação	11.6	34.9	48.8	4.7	0	
Ambiguidade de papéis	53.5	39.5	7.0	0	0	
Conflito de papéis	7.0	23.3	48.8	16.3	4.7	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	27.9	60.5	11.6	0	0	
Tipo de liderança	25.6	55.8	16.3	2.3	0	
Autonomia e controlo	18.6	65.1	16.3	0	0	
Comunicação, informação e participação	11.9	54.8	28.6	4.8	0	
Interface trabalho/casa	2.3	27.9	53.5	16.3	0	
Violência e assédio no trabalho	55.8	34.9	9.3	0	0	

Os médicos a exercer funções nos CS evidenciam fatores de risco para as “Exigências quantitativas”, “Exigências qualitativas”, “Condições de trabalho” e “Insegurança física/pertences e bens”, como se constata na tabela 20. Destaca-se o fator exigência qualitativa com 89.5% dos inquiridos.

Tabela 20. Frequência relativa as categorias da escala de AVRP nos médicos nos CS

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	10.5	15.8	52.6	21.1	73.7
Exigências qualitativas	0	5.3	5.3	42.1	47.4	89.5
Exigências emocionais	5.3	36.8	42.1	15.8	0	
Carreira e realização	15.8	52.6	31.6	0	0	
Condições de trabalho	0	10.5	15.8	57.9	15.8	73.7
Insegurança física/pertences e bens	0	5.3	26.3	47.7	21.1	68.2
Novas tecnologias e formação	5.3	15.8	42.1	36.8	0	
Ambiguidade de papéis	47.4	31.6	21.1	0	0	
Conflito de papéis	0	15.8	36.8	47.4	0	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	21.1	31.6	36.8	10.5	0	
Tipo de liderança	21.1	21.1	36.8	21.1	0	
Autonomia e controlo	0	52.6	47.4	0	0	
Comunicação, informação e participação	5.3	42.1	36.8	15.8	0	
Interface trabalho/casa	0	31.6	36.8	31.6	0	
Violência e assédio no trabalho	36.8	36.8	10.5	15.8	0	

Na tabela 21, apresentamos os resultados para os trabalhadores dos CS que trabalham por turnos, os fatores de risco referenciados são as “Exigências qualitativas”, as “Condições de trabalho” e a “Insegurança física/pertences e bens”.

Tabela 21. Frequência as categorias da escala de AVRP nos inquiridos que trabalham por turnos nas CS

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	17.6	37.3	43.1	2.0	
Exigências qualitativas	5.9	2.0	29.4	35.3	27.5	62.8
Exigências emocionais	2.0	33.3	47.1	15.7	2.0	
Carreira e realização	11.8	41.2	41.2	5.9	0	
Condições de trabalho	0	7.8	21.6	37.3	33.3	70.6
Insegurança física/pertences e bens	0	9.8	15.7	25.5	49.0	74.5
Novas tecnologias e formação	15.7	19.6	35.3	23.5	5.9	
Ambiguidade de papéis	68.6	25.5	3.9	2.0	0	
Conflito de papéis	0	19.6	49.0	23.5	7.8	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	23.5	49.0	19.6	7.8	0	
Tipo de liderança	35.3	31.4	19.6	11.8	2.0	
Autonomia e controlo	13.7	51.0	29.4	2.0	3.9	
Comunicação, informação e participação	13.7	39.2	31.4	9.8	5.6	
Interface trabalho/casa	0	24.0	50.0	24.0	2.0	
Violência e assédio no trabalho	49.0	35.3	9.8	3.9	2.0	

Os inquiridos que não trabalham por turnos, tabela 22, evidenciam como fatores de risco as exigências qualitativas, as condições de trabalho e a insegurança física/pertences e bens.

Tabela 22. Frequência relativa as categorias da escala de AVFRP nos inquiridos que não trabalham por turnos nos CS

Categoria	NRMB (%)	NRB (%)	NRM (%)	NRA (%)	NRMA (%)	Risco*
Exigências quantitativas	0	23.0	39.2	33.8	4.1	
Exigências qualitativas	4.1	5.4	20.3	45.9	24.3	70.2
Exigências emocionais	1.4	16.2	55.4	25.7	1.4	
Carreira e realização	2.7	58.1	35.1	4.1	0	
Condições de trabalho	1.4	4.1	27.0	43.2	24.3	68.5
Insegurança física/pertences e bens	1.4	8.1	17.6	47.3	25.7	73.0
Novas tecnologias e formação	8.1	28.4	44.6	12.2	6.8	
Ambiguidade de papéis	58.1	32.4	9.5	0	0	
Conflito de papéis	8.1	18.9	51.4	21.6	0	
Relações interpessoais/apoio social /trabalho em equipa	20.3	54.1	21.6	4.1	0	
Tipo de liderança	30.1	41.1	26.0	2.7	0	
Autonomia e controlo	12.2	55.4	27.0	2.7	2.7	
Comunicação, informação e participação	8.2	45.2	37.0	4.1	5.5	
Interface trabalho/casa	4.1	26.0	53.4	16.4	0	
Violência e assédio no trabalho	50.0	41.9	6.8	1.4	0	

2.3 – Relação entre os fatores de risco psicossociais com as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão dos respondentes

Na amostra em estudo foram identificados cinco fatores de risco psicossocial a saber: exigência quantitativa, exigência qualitativa, condições de trabalho, insegurança física/pertences e bens e tipo de liderança. Pretende-se agora estudar a relação entre estes fatores o sexo, idade e antiguidade na profissão e para tal recorreremos ao teste de Qui-quadrado ou ao teste exato de Fisher caso não seja possível aplicar o primeiro.

Na variável idade, consideramos duas categorias: 45 ou menos anos e mais de 45 anos, optamos por este valor para ficar uma distribuição uniforme e serem as duas representativas assim como para a antiguidade na profissão, foram também contempladas duas categorias: 5 ou menos anos e mais de 5 anos, estes valores também são tendo em conta a representatividade nas duas categorias. Os resultados são apresentados por fator nas tabelas 23 a 28.

Para os fatores “Exigências quantitativas”, “Exigências qualitativas”, “Condições de trabalho”, “Insegurança física/pertences e bens” não há uma relação estatisticamente significativa com as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão, pois todos os valores de prova obtidos são superiores a 5%.

As Exigências Quantitativas são um fator de risco a que ambos os sexos estão expostos. Como consta na tabela 23, o valor da prova é superior a 0,05 não se revelando estatisticamente significativo, para nenhuma das variáveis, ou seja independentemente do sexo, idade ou antiguidade na profissão os indivíduos, referem assim carga de trabalho, trabalhando muito rápido e sob pressão, grande variedade de tarefas e que o trabalho exige muita energia e tempo.

Tabela 23. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o fator de risco “Exigências quantitativas”

		NRMB	NRB	NRM	NRMA	Total	Valor de prova
Sexo	Masculino	3	23	26	3	55	0.345
	Feminino	26	100	78	9	212	
Idade	<=45 anos	16	77	69	4	166	0.150
	>45 anos	12	46	35	8	101	
Antiguidade na profissão	<= 5 anos	2	28	16	1	47	0.172
	> 5 anos	26	95	88	11	220	

As “Exigências Qualitativas” não revelaram valor de prova estatisticamente significativo no que se refere às variáveis sexo, idade ou antiguidade do indivíduo na profissão (Tabela 24). Ou seja referem dispensar muita atenção e concentração na realização das tarefas, gerir um grande volume de dados e informação, recordar muitas coisas ao mesmo tempo e tomar decisões difíceis e rápidas, independentemente do sexo idade ou tempo de serviço.

Tabela 24. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o fator “Exigências qualitativas”

		NRMB	NRB	NRM	NRA	NRMA	Total	Valor de prova
Sexo	Masculino	0	2	7	24	22	55	0.398
	Feminino	6	7	45	89	65	212	
Idade	<=45 anos	1	6	28	73	58	166	0.102
	>45 anos	5	3	24	40	29	101	
Antiguidade na profissão	<= 5 anos	1	1	14	18	13	47	0.402
	> 5 anos	5	8	38	95	74	220	

Dos inquiridos que consideram as condições de trabalho como um fator de risco, é tanto um fator de risco para os homens como para as mulheres, assim como a idade e a antiguidade na profissão, pois o valor de prova é superior a 5% para todas as variáveis (tabela 25). Assim sendo estes inquiridos consideram trabalhar em más condições físicas, isto no que diz respeito a temperaturas, iluminação ou ruído. Também referem falta de recursos e equipamentos para trabalhar.

Tabela 25. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o fator condições de trabalho

		NRMB	NRB	NRMMod	NRA	NRMA	Total	Valor de prova
Sexo	Masculino	1	6	13	26	9	55	0.432
	Feminino	2	24	71	76	39	212	
Idade	<=45 anos	0	20	56	65	25	166	0.100
	>45 anos	3	10	28	37	23	101	
Antiguidade na profissão	<= 5 anos	0	7	15	18	7	47	0.885
	> 5 anos	3	23	69	84	41	220	

O fator de risco “Insegurança Física/ Pertences e Bens” é referido por todos os intervenientes no estudo, no entanto, não se revelou estatisticamente significativo para nenhuma das variáveis em estudo (Tabela 26). Significa que os inquiridos referem insegurança no local de trabalho e também não sentem os seus pertences seguros nomeadamente cacifos.

Tabela 26. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o FR insegurança física/pertences e bens

		NRMB	NRB	NRM _{od}	NRA	NRMA	Total	Valor de prova
Sexo	Masculino	2	3	11	26	13	55	0.228
	Feminino	2	22	60	79	49	212	
Idade	<=45 anos	3	13	43	71	36	166	0.524
	>45 anos	1	12	28	34	26	101	
Antiguidade na profissão	<= 5 anos	0	3	10	19	15	47	0.526
	> 5 anos	4	22	61	86	47	220	

O fator de risco “Tipo de Liderança” foi referido pelos profissionais que trabalham por turnos e fazem o turno da noite nas UH. Quanto ao sexo masculino a frequência NRMB deveria ser mais elevada, no NRB mais baixa e NRM mais alta. Verifica-se tendência contrária no sexo feminino. Nos níveis de risco alto e muito alto não há grandes discrepâncias entre o observado e o esperado. Na idade os mais novos deveriam ter menor NRB e maior NRM e NRA e tendência contrária nos mais velhos. Referem que o líder não oferece as mesmas oportunidades, que não é bom no planeamento do trabalho, nem toda a pessoa gostaria de trabalhar ao seu lado, não é compreensivo às questões dos funcionários e não se dispõe a ajudar.

Para o fator liderança, há uma relação estatisticamente significativa com o sexo e com a idade pois os valores de prova obtidos são inferiores a 5%, dos indivíduos da amostra que evidenciaram estar expostos aos fatores de risco “Exigências quantitativas”, “Exigências qualitativas”, “Condições de trabalho”, “Insegurança física/pertences e bens”, é indiferente do sexo, a idade ou antiguidade na profissão (tabela 27).

Tabela 27. Relação entre as variáveis sexo, idade e antiguidade na profissão com o FR tipo de liderança

		NRMB	NRB	NRM	NRA	NRMA	Total	Valor de prova
Sexo	Masculino	15 (18.2)	29 (21.9)	7 (11.4)	2 (2.9)	2 (0.6)	55	0.047*
	Feminino	73 (69.8)	77 (84.1)	48 (43.6)	12 (11.1)	1 (2.4)	211	
Idade	<=45 anos	53 (54.9)	76 (66.2)	32 (34.3)	4 (8.7)	1 (1.9)	166	0.011*
	>45 anos	35 (33.1)	30 (39.8)	23 (20.7)	10 (5.3)	2 (1.1)	100	
Antiguidade na profissão	<= 5 anos	20	18	7	2	0	47	0.597
	> 5 anos	68	88	48	12	3	219	

Legenda: * significativo a 5%

2.4 – Relação entre os Fatores de Riscos Psicossociais identificados e o estado de Saúde Física e Mental

A saúde física e mental dos inquiridos, poderá ser considerada razoável, dado que em nenhuma das unidades o valor medio ultrapassa o medio teórico, de mencionar que os indivíduos do estudo que desempenham funções no CS no que diz respeito à saúde mental apresentam valores muito próximos dos valores teóricos, como consta na tabela 28.

Tabela 28. Estatísticas descritivas da saúde física e mental das duas amostras em estudo

	Teórico			UH			CS		
	Mín.	Máx.	Média	Mín.	Máx.	Média	Mín.	Máx.	Média
Saúde física	8	40	24	8	29	17.43	8	32	15.87
Saúde Mental	11	55	33,3	11	44	25.98	11	54	24.45

Com o intuito de relacionar cada um dos FRP determinados na amostra com as variáveis saúde física e saúde mental, determinaram-se as correlações de Spearman, pois trata-se de variáveis que não seguem a distribuição normal. Como já mencionado as variáveis saúde física e mental foram obtidas somando as repostas num conjunto de itens e quanto mais elevado for o resultado pior será a saúde do indivíduo.

Os fatores de risco em estudo resultam também da soma das repostas a vários itens. As variáveis exigência quantitativa, exigência qualitativa e insegurança física/pertences e bens traduzem um maior risco para somas mais elevadas, as variáveis condições de trabalho e tipo de liderança traduzem maior risco para valores mais pequenos. Atendendo a este facto e às correlações apresentadas na tabela 29 constatou-se que:

- Há uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde física e o fator exigência quantitativa, tratando-se de uma correlação positiva, o que traduz o facto de indivíduos com saúde física mais fraca terem maior risco neste fator. Indivíduos com saúde física mais debilitada encontram-se mais expostos ao FRP Exigência Quantitativa ou seja o excesso de trabalho, grande variedade de tarefas, trabalhar muito rápido influencia a saúde física dos participantes.
- Há uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a saúde física e as condições de trabalho, insegurança física/pertences e bens e o tipo de liderança. Isto traduz o facto de indivíduos com pior saúde física terem maior risco nas condições de trabalho e tipo de liderança; e indivíduos com pior saúde física não terem um risco elevado na insegurança física/pertences e bens. Indivíduos expostos aos FRP Condições de Trabalho, Insegurança Física /Pertences e Bens, e o Tipo de Liderança sofrem de vários problemas de saúde nomeadamente: Hipertensão Arterial, distúrbios digestivos, dores de cabeça, ritmo cardíaco acelerado, tremores entre outros.
- Há uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde mental e os fatores exigência quantitativa e exigência qualitativa, tratando-se de correlações positivas, o que traduz o facto de indivíduos com saúde mental mais fraca terem maior risco nesses fatores.
- Há uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a saúde mental e as condições de trabalho, insegurança física/pertences e bens e o tipo de liderança. Isto traduz o facto de indivíduos com pior saúde mental terem maior risco nas condições de trabalho e tipo de liderança; e indivíduos

com pior saúde mental não terem um risco elevado na insegurança física/pertences e bens.

Os cinco FRP identificados interferem com a saúde mental dos intervenientes, ou seja quem exerce funções sobre pressão destes FRP, queixa-se de ansiedade, falta de interesse por coisas do dia-a-dia, sem vontade de conviver com outras pessoas, problemas de concentração, dificuldades em recordar coisas, dificuldades em pensar de forma clara e tristeza.

Tabela 29. Correlações entre o estado de saúde física e mental e os fatores de risco

	Exg. Quant.	Exg. Qual.	Cond. Trab.	Inseg.	Liderança
Saúde física	0.204**	0.094	-0.311**	-0.278**	-0.246**
Saúde Mental	0.266**	0.143*	-0.310**	-0.218**	-0.197**

Legenda: * significativo a 5%; ** significativo a 1%

3 – Discussão dos Resultados

Atendendo aos objetivos inicialmente propostos procederemos à discussão dos resultados tendo em conta, que o principal objetivo é identificar fatores de risco psicossociais. Os resultados apresentados no capítulo anterior permitem constatar a existência de cinco fatores de risco psicossociais, nomeadamente: Exigências Quantitativas; Exigências Qualitativas; Condições de Trabalho; Insegurança Física/Pertences e bens e Tipo de Liderança.

O fator “Exigências quantitativas”, caracteriza-se pela sobrecarga de trabalho e permite-nos identificar como principais variáveis variedade de tarefas, necessidade de trabalhar depressa, falta de tempo ou excesso de trabalho. Este fator foi identificado nos participantes das UH designadamente, os assistentes técnicos e médicos e conseguiu-se ainda apurar que os inquiridos que trabalham em horário laboral referem este fator de risco psicossocial. Quanto aos intervenientes dos CS este fator de risco foi identificado pelo grupo profissional dos Médicos.

Exigências qualitativas: são considerados como pressupostos dispensar muita atenção e concentração na realização das tarefas gerir um grande volume de informação, recordar muitas coisas ao mesmo tempo ou tomar decisões rápidas e por vezes difíceis. Está associado a relação entre as exigências e a capacidade de tratamento da informação, tomada de decisão e utilização de equipamentos complexos, estando o trabalho associado a três momentos: a perceção da informação nos postos de trabalho, a integração da informação e resposta ou seja o que muitos autores designam de carga mental (Freitas, 2011). Este fator carga mental foi identificado neste estudo, quer na amostra da UH quer nos de CS. Nas UH é identificada em todas as classes profissionais com destaque para a classe de Enfermagem com 90% dos inquiridos a revelarem a presença deste fator. Quanto aos CS também é identificado no grupo profissional dos Assistentes Técnicos com 87,8%, Enfermeiros com 73,4% e nos Médicos com 89,5%. É um fator que, como já descrito que requer muita atenção, pela equipe multidisciplinar de Saúde Ocupacional. Há investigações que revelam que os enfermeiros estão expostos a

fatores de risco, relacionados com carga mental, apontando como deficientes canais de comunicação com os doentes ou colegas e falta de autonomia como referem num estudo realizado por Ferreira & Ferreira em 1998.

Outro Fator de Risco Psicossocial identificado foi a categoria denominada de “Condições de Trabalho”, procurou-se avaliar as condições físicas do trabalho e se os intervenientes possuem ao seu dispor recursos e equipamentos para trabalhar. A exposição dos profissionais a fatores físicos nocivos é considerada *stressor* fazendo parte integrante da organização do trabalho. No que se refere a UH os Médicos e os Enfermeiros revelam esta condição com uma percentagem de 55.6% e 50% respetivamente. Este fator de risco é também revelado pelos quatro grupos profissionais em estudo que exercem funções nos CS. Como nos referem Woo e Postolache em 2008, o ambiente ocupacional inclui fatores químicos, biológicos, físicos característicos do trabalho, assim como *stress* psicológico laboral, conflitos interpessoais, políticas organizacionais e insegurança laboral. Já em 2003, Bellovi e Cuixart, consideram o meio ambiente laboral, satisfação no trabalho e as condições da organização como fatores potenciadores de influenciar a saúde dos trabalhadores.

A Categoria “Insegurança Física /pertences e bens” foram consideradas como um fator de risco psicossocial, por todos os grupos profissionais com exceção dos Enfermeiros a exercer funções nas UH. Esta categoria tal como a anterior é considerada um fator causador de *stress*, fazendo parte da organização do trabalho. Quando o trabalho é realizado em condições consideradas perigosas, gera ansiedade e sentimento de ameaça no trabalhador. Nestes casos, ganha especial importância a informação e a formação dada ao trabalhador sobre a identificação dos riscos e as medidas a adotar para evitá-los. (ACT, 2012).

Por fim, a categoria “Liderança” foi considerada pelo grupo de colaboradores a realizar trabalho por turnos incluindo o noturno, a exercer funções nas UH. Um estudo europeu apresentado por Rodrigues em 2012 revela que 20% dos indivíduos revelam problemas relacionados com as Chefias.

Existem algumas investigações que descrevem a exposição dos profissionais aos mesmos fatores de riscos identificados neste estudo. Num estudo desenvolvido por Camelo & Angerami em 2007, acerca da perceção das equipas de saúde sobre os riscos

psicossociais associados ao trabalho, concluíram que entre outros aspetos, a sobrecarga de papéis, as longas horas de trabalho e a insuficiência de recursos humanos e materiais, são fatores identificados como sendo potenciadores de comprometimento do bem-estar físico e mental dos trabalhadores, trazendo consequências negativas para o desempenho profissional. Também Freitas (2011) considerava o excesso de trabalho como um fator de *stress*. Em situações de *stress*, os trabalhadores têm dificuldades em concentrar-se, aprender, ser criativos e de tomar decisões. Já a Associação de Medicina Britânica (citado por Vaz Serra, 1999) evidenciava alguns fatores que podiam provocar *stress* em profissionais de saúde nomeadamente médicos e enfermeiros, os fatores mencionados foram: sobrecarga de trabalho, pressão do tempo, falta de autonomia, excessiva responsabilidade e exigência social. Em Portugal, salienta-se a investigação de McIntyre em 1999 em que se verificou que as principais cargas de *stress* dos enfermeiros eram sobretudo a sobrecarga de trabalho, as más condições físicas e técnicas, a carência de recursos materiais, técnicos e humanos e o excessivo número de doentes por enfermeiro, só surgindo depois os fatores sócio emocionais, facto que não corrobora com o nosso estudo pois os enfermeiros da nossa amostra referem estar mais expostos a exigências qualitativas. Num outro estudo realizado no distrito de Viseu em 2011, por Fernandes, tendo como grupo profissional dos enfermeiros dita que as dimensões a que estes profissionais se encontravam mais expostos eram as equivalentes às nossas exigências qualitativas, indo de encontro aos resultados obtidos nesta investigação.

No que concerne à interferência do horário na vida pessoal e social, a maioria dos inquiridos responde afirmativamente. Nas UH 75% indicam que o seu horário de trabalho interfere às vezes ou sempre, sendo essa percentagem de 64% no caso dos CS. Estes resultados vão de encontro a outros estudos realizados sobre trabalho por turnos, em 2008, Ferreira refere que há uma prevalência considerável a vários níveis: físico, psicológico, social e familiar. Associado a estes problemas está implícito o turno da noite, sendo este o menos preferido e considerado como o mais nefasto para a saúde.

A saúde física e mental dos inquiridos, pode-se considerar razoável, dado que em nenhuma das unidades de saúde o valor medio ultrapassa o medio teórico, de mencionar que os indivíduos do estudo que desempenham funções no CS no que diz respeito a saúde mental apresentam valores muito próximos dos valores teóricos. Os vários fatores

de risco psicossociais são considerados muitas vezes como silenciosos, de domínio invisível pela ausência de relações causa-efeito, presença de múltiplas causas e ausência de uma grande expressão de número representativo. Segundos dados europeus de 2007 cerca de 8% dos trabalhadores portugueses afirmaram ter um ou vários problemas de saúde ligados ao trabalho, (média europeia estava em 8,7%) em que mais de 48% dos casos afetava a vida do dia-a-dia e cerca de 50% determinava uma situação de absentismo. Cerca de 19% declararam que esta afetação estava relacionada com aspetos da saúde mental e cerca de 50% com aspetos relativos à saúde física (ACT, 2007).

Conclusão/Sugestões/Limitações da pesquisa

Um trabalho de investigação é um processo complexo. Após um processo contínuo de revisão bibliográfica que nos acompanhou durante todo o percurso no sentido de construção de um referencial que deu suporte teórico ao estudo, cabe-nos agora tecer as considerações finais, resumindo informações aportadas nos capítulos anteriores, enunciando as limitações do estudo, as possíveis direções para futuras pesquisas e sugestões.

Tendo em consideração o que a OIT em 1996, mencionou referindo que os fatores psicossociais são interações produzidas entre o trabalho e as pessoas com necessidades, capacidades e condições de vida fora do mesmo. Segundo esta organização este conceito apela às condições presentes em contexto laboral (conteúdo do trabalho, organização laboral, estrutura da organização) que podem afetar o equilíbrio físico, psicológico e social do trabalhador, bem como influenciar o seu desempenho laboral.

Por toda a pesquisa feita, verificamos que a avaliação dos riscos psicossociais é uma temática ainda em fase de exploração e investigação, e o que para uns é risco psicossocial para outros poderá considerar fatores de risco. Em nosso entender e o que ficou bem claro desta pesquisa é a existência de fatores de risco em contexto laboral, que provocam efeitos nocivos na saúde dos trabalhadores quer a nível físico, mental ou social. Dai a necessidade de identificar esses mesmos fatores.

Há metodologias de prevenção de riscos psicossociais que se podem classificar em dois grupos. Num primeiro, podem-se considerar as que apostam em desenvolver sobretudo o processo de gestão preventiva num segundo grupo, incluem-se as metodologias que apostam fundamentalmente no desenvolvimento de métodos e de técnicas, em especial de métodos e técnicas centradas em questionários (Aguiar Coelho 2010).

Ambas as metodologias são em regra, metodologias gerais de gestão preventiva ou seja é a que se destina, num primeiro nível, a proceder a uma gestão preventiva global e unitária, de riscos psicossociais.

Sendo objetivo deste estudo fazer uma avaliação global dos riscos psicossociais dos colaboradores da ULSNE, optamos pelo método centrado no questionário. Apesar de muito se descrever sobre técnicas e métodos de avaliação de riscos, verificamos que não são de fácil acesso, foi uma das grandes dificuldades sentidas neste estudo.

Assim, no que concerne aos resultados mais relevantes salientamos:

A amostra em estudo é constituída por 267 indivíduos que exercem funções nas três unidades hospitalares e em 11 centros de saúde da ULSNE. Dos inquiridos, 53.2% exercem funções nos hospitais e os restantes nos centros de saúde. Globalmente, os enfermeiros totalizam 42.3% dos inquiridos, os assistentes operacionais e técnicos totalizam 47.2% repartidos de forma equitativa nas duas categorias, e os restantes 10.5% dos inquiridos são médicos. A maioria dos inquiridos em cada unidade é do género feminino, totalizando 79.4% da amostra recolhida. Nas UH, a faixa etária mais representada é a dos 36-45 anos seguindo-se a dos 25-35 anos e 46-55 anos. Nos CS, mais de 50% dos inquiridos têm idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos.

Quanto ao trabalhar por turnos, registam-se cerca de 63% dos inquiridos das UH e desses cerca de 90% trabalha no turno da noite, nos CS 41% trabalham por turnos e cerca de 24% faz o turno da noite. Aos 141 inquiridos que trabalham por turnos foi perguntado se isso lhes provoca consequências físicas e mentais tendo 80 respondido afirmativamente, 46 negativamente e os restantes não responderam. No que concerne à interferência do horário na vida pessoal e social, no global, há 30% responde que não, os restantes 70% repartem-se pelo “por vezes” e pelo “sim” com percentagens de 37 e 30, respetivamente. Nas UH 75% indicam que o seu horário de trabalho interfere às vezes ou sempre, sendo essa percentagem de 64% no caso dos CS.

Atendendo aos objetivos inicialmente propostos em que o principal é identificar fatores de riscos psicossociais pois foi possível constatar a existência de cinco fatores de risco psicossociais, nomeadamente: Exigências Quantitativas; Exigências Qualitativas; Condições de Trabalho; Insegurança física/pertences e bens e Tipo de Liderança.

Os resultados assim expostos não traduzem todo um trabalho exaustivo ao longo deste período de estudo. Uma vez que se tratou de um estudo de âmbito geral para a ULSNE tornou-se particularmente difícil a participação dos indivíduos em colaborarem no estudo. Referindo muitas vezes, estarem a decorrer muitas investigações em simultâneo

e mostrarem por isso saturação no preenchimento de questionários. Outra limitação do presente estudo pode-se considerar o tratamento dos dados, exigindo sempre muita atenção, por parte da equipa de investigação, em orientar o que se pretendia. Algumas dificuldades sentidas em conciliar as responsabilidades profissionais diárias com as exigências desta pesquisa. As mesmas foram ultrapassadas com muito empenho e dedicação.

Como perspetivas futuras, divulgar os resultados a comunidade académica e profissional através de ações de formação, artigos científicos, comunicações em congressos nacionais e internacionais.

Também é nossa intenção apresentar o projeto de intervenção ao Serviço de Saúde Ocupacional, aconselhando ainda a mesma à aplicação de métodos ou técnicas de avaliação complementares, entrevistas individuais, tratamento de dados e elaboração de relatórios, coordenação e dinamização dos grupos de análise e de intervenção.

Nesta fase importa evidenciar os principais contributos do estudo e estabelecer as futuras linhas de investigação que a sua conceção permitiu aferir. Sendo uma temática bastante vasta e pouco explorada em Portugal, deve realçar-se a importância de lhe dar continuidade através de outros estudos científicos, para a complementar, bem como, melhorar alguns aspetos que a compõem, aplicar o mesmo estudo a nível em outras unidades de saúde.

Referências Bibliográficas

- ACT.(2012). [http://www.act.gov.pt/\(PT-PT\)/centroinformacao/avaliacaoriscospsicossociais/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(PT-PT)/centroinformacao/avaliacaoriscospsicossociais/Paginas/default.aspx) consultado em 4 de maio 2013.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). Previsão dos Peritos sobre os Riscos Psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no Trabalho (SST). *Facts*, 74, pp.1 - 2.
- Aguiar Coelho, J.M. (2008). *Uma Introdução à Psicologia da saúde Ocupacional*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Aguiar Coelho, J.M. (2009). *Gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho em hospitais no quadro da União Europeia. Tese de doutoramento*. Consultado em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1388/1/TeseDout_AguiarCoelho2009.pdf. a 22 de novembro 2012.
- Aguiar Coelho, J.M. (2010). *Prevenção de riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Bellovi, M.B., & Cuixart, S.N. (2003). *Condiciones de Trabajo e Salud*. Madrid: INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).
- Camelo, S.H.H., & Angerami, E.L.S. (2007). Riscos Psicossociais relacionados ao Trabalho das Equipes de Saúde na Família: Percepções dos profissionais. *Revista de Enfermagem UJREJ*, 14(4), pp. 502 – 507.
- Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego (2003). *Manual de formação de formadores/as em igualdade de oportunidades entre mulheres e homens*. Lisboa: Presidência de Conselho de Ministros e Ministério da Segurança Social e do Trabalho;
- Cooper, C. L. & Marshall, J. (1976). *Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health*. *Journal of Occupational Medicine*.

- Cox, T. & Rial-González, E. (2000). *Risk management, psychosocial hazards and work stress*. Copenhagen: World Health Organisation, regional Office for Europe.
- Decreto do Governo n.º 1/1985, de 16 de Janeiro. Diário da República nº 13/1985 – I Série. Conselho de Ministros. Lisboa.
- Ferreira, C., & Ferreira, M. (1998). O stresse em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 21, pp.19-21.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Freitas, L.C. (2011). *Manual de Segurança e Saúde do Trabalho*, (2ª Edição). Cidade: Edições Sílabo, Lda.
- Friedman, S.D., & Greenhaus, J.H. (2000). *Work and Family – allies or enemies? What happens when business professionals confront life choices*. Oxford: Oxford Press.
- Furió, Elena [et al] (Janeiro de 1993). Actuación Enfermera En Salud Laboral. *Revista Enfermeria ROL*, Ano XVI, nº173, p. 22-25.
- Hein, C. (2005). *Reconciling work and family responsibilities: practical ideas from global experience*. Geneva: Internacional Labour Organization.
- ICOH. (2002). *Código Internacional de Ética*. Consultado em: http://www.ichoweb.org/core_docs/code_ethics_ptbr.pdf a 5 de maio 2013.
- Jesus, S.N. (2002). *Perspectivas para o bem estar docente*. Porto: Asa Editores II.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stresse and emotion: a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lucas, A (2004). *Processo de Enfermagem do Trabalho: A sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional*. São Paulo: Iátria.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press.

- McIntyre, T. (1994). Stresse e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), pp. 193-200.
- McIntyre, T., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stresse e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17 (3), pp.513-527.
- Miguel, A., Rocha A, & Rohrich, O. (2008). *Gestão Emocional de Equipas*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Nogueira, V. (2010). Como lidar com os riscos psicossociais. Consultado em; <http://www.cm-penafiel.pt/NR/rdonlyres/8931DC55-4942-4718-9458-3DA4ABB2FBDD/39680/> a 28 de Outubro de 2012
- Oliveira, A.J.E., & André, S.M.S. (2011). Enfermagem em Saúde Ocupacional, consultado em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4049536> a 19 de março 2013
- Oliveira, E.F., Grácio, M.C.(Junho 2005). Analysis regarding the size of the simple sample random: an application in the area of Information Science. *DataGramZero. Revista de Ciência da Informação* (6) 3.
- Organização Internacional do Trabalho (1981). *Convenção n.º 155*, http://www.dgert.mtss.gov.pt/conteudos%20de%20ambito%20geral/oit/legislacao/oit/conv_155_dg_1_85.htm#Conven155_pt, consulado em fevereiro, 2013.
- Organização Internacional do Trabalho (1986). Les facterurs psychosociaux au travail. Nature, incidences, prévention. Genève: .Bureau International du Travail.
- Organização Internacional do Trabalho (1996). Occupational accidents, a cost evaluation. Lisboa: Edição Unipede.
- Organização Internacional do Trabalho (2008). *Gestão das questões relacionadas com álcool e drogas nos locais de trabalho*. Lisboa: Autoridade para as condições do Trabalho.
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ªed.). Porto: Legis Editora.

- Paulos, C. (2009). *Riscos Psicossociais no Trabalho*. Lisboa. Edições Profissionais Sociedade Unipessoal, Lda.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005) *Análise de dados para Ciências Sociais- A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda,
- Rodrigues, C. (2012) *Campanha europeia de avaliação de riscos*. http://www.mapfre.pt/archive/doc/VEI_01_CristinaRodrigues.pdf. Consultado em 23 abril 2013.
- Roskams, N. (2007). *Expert forecast on emerging psychological risks related to occupational safety and health. European Risk Observatory Report. Bélgica: European Agency for Safety and Health*.
- Santos, J.M.J, & Dias, A.M. (2012). Trabalho por turnos – Que consequências na saúde dos enfermeiros. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1690> a 20 de Maio 2013
- Selye, H. (1974). *Stresse without distresse*. Filadélfia: Lippincott.
- Serra, A. V. (1999). *O stresse na vida de todos os dias*. Gráfica de Coimbra Lda.
- Shain, M., & Kramer, D. (2004). Health Promotion in Workplace: Framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational Environment Medicine*, 61(1), pp.643 – 648.
- Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., Araújo, M., & Fabela, S. (2005). *Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal*. Riscos Profissionais: Factores e Desafios. Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Tappen, R.M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem*, (4ª ed). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ULSNE-<http://ulsne.pt/pt/ms/ms/hospitais-5300-108-braganca/ms-90062414-p-2/> consultado em 25 de Maio 2013.
- ULSNE-<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/10545/enfermagem-do-trabalho>, consultado em 19 de Maio 2012.

Weyne G.R.S. (jul/dez 2004). Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área da saúde (29),2.

Woo, J.,& Postolache, T.T. (2008). The impact of work environment on mood disorders and suicide: Evidence and implications. *Intervention Journal Disabilities Human Deviation*, 7(2), 185 – 200.

Anexo I

Projeto de Intervenção “ Trabalho sem stresse ... vida melhor”

1 - Projeto de Intervenção Comunitária

“Trabalho sem stresse...vida melhor”

1.1. Âmbito

O projeto *“Trabalho sem stresse... vida melhor”* visa avaliar o estado de saúde dos colaboradores da ULSNE EPE ao nível físico e psicossocial. Tendo em vista minimizar o efeito de fatores de riscos psicossociais na saúde dos trabalhadores, atuando na prevenção da doença e promoção da saúde, procurando assim obter ganhos em saúde.

A saúde ocupacional, enquanto área de saberes multidisciplinar, com características essencialmente preventivas, durante muito tempo assentou num paradigma que visava fundamentalmente a prevenção de determinados riscos ocupacionais de natureza física, química e biológica, hoje, por muitos designados “riscos clássicos do trabalho” por contraposição aos riscos “emergentes do trabalho”. Com a evolução industrial e tecnológica tornou-se evidente a necessidade de um novo paradigma assente, agora, num novo modelo de gestão sistémica, global, abrangente e integrado de riscos (Aguiar Coelho, 2008).

As questões de Promoção da Saúde no Local de Trabalho têm como finalidade valorizar o esforço, de empregadores, trabalhadores e sociedade em geral, com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, que constituem uma vertente importante desta área de intervenção. Compete também à Saúde Pública dinamizar processos e ações que conduzam a boas práticas neste âmbito. Visa ainda, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, além de favorecer a produtividade e o nível das atividades económicas. A saúde dos trabalhadores e os locais de trabalho saudáveis, são em si mesmos, valores sociais e economicamente relevantes para o desenvolvimento sustentado das comunidades, dos países e do mundo (Oliveira & André 2010). Neste projeto, privilegia-se a intervenção nos fatores de riscos psicossociais por sector, envolvendo uma equipa multidisciplinar em que a coordenação

está a cargo da área da Psicologia Organizacional, em articulação com o Serviço de Saúde Ocupacional, para a decisão de que métodos e técnicas adotar.

1.2. Enquadramento

Segundo a OIT (1996), os fatores psicossociais são interações produzidas entre o trabalho e as pessoas com necessidades, capacidades e condições de vida fora do mesmo. Segundo esta organização o referido conceito apela às condições presentes em contexto laboral, conteúdo do trabalho, organização laboral e estrutura da organização que podem afetar o equilíbrio físico, psicológico e social do trabalhador, bem como influenciar o seu desempenho laboral.

A sociedade transformou-se numa sociedade de riscos produzidos pelo próprio Homem, num primeiro momento os fatores psicossociais foram apreendidos como fatores que serviam de catalisadores ou favorecedores de outros riscos, neste momento eles mesmos se constituem como fonte potencial e autónoma de produção de danos físicos e psicológicos nos trabalhadores (Paulos, 2009).

Segundo Woo e Postolache (2008), o ambiente ocupacional que inclui fatores químicos, biológicos, físicos, características de trabalho, stresse psicológico laboral, os conflitos interpessoais, as políticas organizacionais, o desemprego e a insegurança laboral, associado a fatores individuais modeladores, tais como: a personalidade, idade, género, família e apoio social; pode provocar reações de *stresse* (disforia – mal estar permanente, síndrome depressivo e queixas somáticas) que podem desencadear desordens mentais tais como perturbações de humor ou *stresse* pós-traumático, ou podem provocar sintomas laborais designadamente absentismo, presenteísmo ou acidentes que podem desencadear resultados fatais relacionados com o trabalho como, por exemplo, suicídio e morte por ataque cardíaco, ou ainda ameaça profissional como a disfunção laboral e perda consecutiva de empregos.

A prevenção de riscos psicossociais deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes de uma instituição e ser encarada como uma atividade organizada, em que se verifique a participação ativa de todos os intervenientes. Desde a equipa responsável, entidade empreendedora e de gestão aos colaboradores.

A nível de intervenção, privilegiando uma estratégia de promoção e proteção da saúde mental dos trabalhadores, deveremos respeitar postulados tais como:

- Melhorar o conteúdo e a organização do trabalho na fase de conceção;
- Vigiante os fatores de risco e os distúrbios psicológicos associados as situações de trabalho;
- Assegurar a informação, formação e sensibilização;
- Alargar o âmbito dos serviços de saúde do trabalho, garantindo uma valência de saúde mental.

1.2.1. Riscos Psicossociais a que os colaboradores da ULSNE estão expostos

No que concerne aos fatores de riscos identificados aos colaboradores da ULSNE, no presente estudo, remete-nos para algumas problemáticas específicas que exigem uma intervenção.

Os fatores de risco psicossociais identificados como sendo, a que os colaboradores estão expostos são:

- Exigências quantitativas: caracterizadas pela sobrecarga de trabalho e permitindo-nos identificar como principais variáveis: a variedade de tarefas, a necessidade de trabalhar de depressa, a falta de tempo e o excesso de trabalho. Este fator foi identificado nos colaboradores das UH designadamente, pelos assistentes técnicos e pelos médicos. Conseguiu-se ainda apurar que os inquiridos que trabalham em horário laboral apresentam este fator de risco psicossocial. Nos colaboradores das UCSP este fator de risco foi identificado no grupo profissional dos Médicos.

Exigências qualitativas: carga mental como o nível de atividade ou quantidade de esforço mental necessário para que um trabalhador obtenha um determinado resultado. Este fator foi identificado quer na amostra das UH quer na dos CS; nas UH é identificado em todas as classes profissionais com destaque para a classe de Enfermagem com 90% dos inquiridos a revelarem a presença deste fator. Quanto aos CS também foi identificado nos Assistentes Técnicos com 87,8%, Enfermeiros 73,4% e nos Médicos com 89,5%.

Outro fator de Risco Psicossocial identificado foi a categoria denominada de Condições de Trabalho, sendo avaliado as condições físicas de trabalho e os recursos e equipamentos disponíveis para trabalhar, a exposição prolongada dos trabalhadores a estas condições é desencadeador de *stress*.

No que se refere a UH os Médicos e os Enfermeiros revelam esta condição com uma percentagem de 55.6% e 50% respetivamente. Estas condições também são demonstradas pelos quatro grupos profissionais em estudo que exercem funções nos CS com percentagens que variam entre 60,5% dos Enfermeiros e os 78,8% dos Assistentes Operacionais.

A Categoria “Insegurança Física /pertences e bens”, foi considerada como um fator de risco psicossocial, todos os grupos profissionais com exceção dos Enfermeiros que exercem funções na UH. Esta categoria tal como a anterior é considerada como um fator causador de *stress*, fazendo parte da organização do trabalho.

Por fim, o tipo de Liderança foi considerado fator de risco pelo grupo de colaboradores que trabalha por turnos e faz o turno da noite nas UH.

Com base nos dados obtidos, em conjunto com o Serviço de Saúde Ocupacional e o Gabinete da qualidade em conjunto nomear uma equipa de trabalho e elaborar uma metodologia de Prevenção de Riscos Psicossociais para a ULSNE.

Aguiar Coelho em 2010, refere que a metodologia a utilizar, tem que apresentar um bom enquadramento teórico e os pressupostos básicos necessários a uma boa avaliação e à prevenção dos riscos psicossociais.

Pressupostos teóricos e técnicos da Metodologia de Avaliação de riscos Psicossociais na ULSNE, com base o referido autor:

- modelo Teórico da gestão preventiva do stress, a definição de um quadro teórico adequado para lidar a eficácia de uma prevenção;
- integração da avaliação dos riscos psicossociais no processo de avaliação Geral de riscos;
- realização por profissionais com formação na área da saúde Ocupacional;
- integração do psicólogo e do enfermeiro na equipa multiprofissional de saúde ocupacional;

- participação e envolvimento, na identificação e avaliação de riscos, dos principais interessados, em especial dos trabalhadores
- avaliação por unidades ou posto de trabalho
- utilização de diversas técnicas com predomínio da técnica do questionário
- recurso à técnica do brainstorming para identificação dos perigos, para sinalização dos riscos psicossociais
- tratamento de dados com recurso ao SPSS.
- intervenções a cargo de Grupos de Análise e de intervenção das unidades ou postos de trabalho envolvidos. Do grupo de trabalho faz parte o diretor de departamento, responsável de serviço gestor de risco local, sob coordenação e orientação da equipa de saúde ocupacional.
- tendo em conta Furió (1993) que considera que as visitas aos locais de trabalho servem para avaliação e controle de riscos ocupacionais, recolher informações, observação da causa de determinada queixa do trabalhador, propor melhorias de condições de saúde ou segurança, valorizar as medidas de prevenção, colaborar no controlo ambiental, vigiar as condições de trabalho.

1.3. Integração

Sendo o Serviço de Saúde Ocupacional uma estrutura com autonomia técnica, dotada de recursos humanos e materiais próprios, organizada de modo a garantir a saúde, segurança e higiene no trabalho aos colaboradores da ULSNE. Este projeto deve fazer constar das atividades de prevenção de risco do Serviço de Saúde Ocupacional.

Integra-se no Programa Nacional de Saúde Ocupacional - PNSOC N.º: 03/DSPPS/DCVAE de 18/02/2010 e no Programa Nacional de Saúde Ocupacional, 2.º Ciclo – 2013/2017 do Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde.

1.4. Organização e Parcerias

- Gestor do projeto

Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de saúde do Nordeste.

- Destinatários

Na sua vertente de promoção da saúde e prevenção da doença, pretende abranger todos os Colaboradores que desempenham funções na Unidade Local de saúde do Nordeste, independentemente da natureza do seu vínculo.

- Intervenientes

Integra uma equipa de trabalho multidisciplinar, constituída por colaboradores da instituição com formação especializada e complementar:

- Médico do Trabalho
- Psicólogo da Saúde Ocupacional
- Enfermeiro do Trabalho
- Técnico de Higiene e Segurança
- Técnico Superior de Saúde ambiental
- Ergonomista
- Assistente Técnico
- Assistente Operacional

1.5 - Período de Intervenção

Início: Setembro 2013.

Fim: Setembro 2016.

2 - Plano de Ação

<i>“Trabalho sem stresse...vida melhor”</i>			
Finalidade: Minimizar o efeito de fatores de riscos psicossociais na saúde dos trabalhadores			
População Alvo: Colaboradores que desempenham funções na Unidade Local de saúde do Nordeste, independentemente da natureza do seu vínculo.			
Objetivos Gerais	– Integrar a avaliação dos riscos psicossociais no processo de avaliação geral de riscos; – Reduzir a exposição do nº de fatores de risco psicossociais;		
Objetivos Específicos	Atividades	Quando	
Identificar riscos psicossociais em cada sector.	<ul style="list-style-type: none">• analisar dos registos existentes no sistema, sobre as notificações de riscos;• consultar registos sobre baixas médicas, recolhendo dados acerca de	Setembro 2013 Ao longo do projeto,	

<p>Identificar riscos psicossociais em cada sector.</p>	<p>absentismo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • realização de reuniões com os gestores de risco local; • Visitas aos locais de trabalho servem para avaliação e controle de riscos ocupacionais, recolher informações; • realização de entrevistas individuais aos trabalhadores por sector; • realização <i>brainstormings</i> por serviço coordenados pelo gestor de risco local; 	<p>ate percorrer a totalidade dos sectores.</p>	
<p>Eleger metodologias e técnicas adequadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • realização de reuniões da equipa de trabalho, para decidir o método mais adequado a utilizar; • discussão sobre o modelo teórico da gestão preventiva de riscos psicossociais a adotar; 	<p>janeiro 2014 e durante o projeto</p>	
<p>Responsabilizar o gestor de risco local, na identificação e avaliação de riscos.</p>	<p>As atividades aqui mencionadas são a cargo do gestor de risco local que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • implementa e coordena a política de gestão de risco no serviço; 	<p>janeiro 2014 e durante o</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • coordena a faz avaliação periódica dos riscos; • funciona como interlocutor entre a gestão e o seu serviço; • monitoriza as ações corretivas relacionadas com o risco; • informa o coordenador da Saúde ocupacional de problemas detetados; • participa nas reuniões da gestão de risco; • efetua formação pertinente sobre segurança e higiene e saúde no trabalho; 	projeto		
Realizar sessões educativas no âmbito dos riscos psicossociais	<ul style="list-style-type: none"> • implementação de um programa de sessões de educação para a saúde para os colaboradores da ULSNE, mediante os problemas identificados, de ter em conta a pertinência dos temas, por exemplo: gestão de conflitos, autocontrolo das emoções, entre outros. 	abril 2014 e durante o projeto		
Sensibilizar o conselho de administração para a melhoria do ambiente psicossocial de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • reunião com dirigentes do conselho de administração, apresentado de forma objetiva toda informação obtida até a fase do projeto, dando ênfase as vantagens da avaliação de riscos psicossociais, nomeadamente que podem diminuir o absentismo e aumentar a produtividade. 	maio 2014 e durante o projeto		
Implementar plano de atividades que fomentem o suporte social dos	<ul style="list-style-type: none"> • elaboração de um plano anual de convívio tendo em conta datas festivas, nomeadamente natal, carnaval, pascoa ou época de verão; 	Janeiro 2015		

colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> realização de praticas que englobem atividades desportivas para colaboradores e familiares; 	Até ao fim do projeto	
Elaborar um relatório onde constem documentos, atas, planos, por cada serviço	<ul style="list-style-type: none"> recolha de informação dos diversos serviços; reuniões com os colaboradores dos serviços, dando conhecimento das informações obtidas; 	março2015	
Aplicar instrumento de colheita de dados para avaliação de riscos psicossociais por serviço a todos os colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> entrega do questionário ao gestor de risco local em envelope fechado ; recolha dos questionários pelos diversos serviços; tratamento dos dados: avaliação e comunicação dos resultados obtidos; 	Junho 2015	
Implementar medidas apropriadas de combate aos fatores de risco identificados em cada sector	<ul style="list-style-type: none"> realização de reuniões da equipa multidisciplinar para definir estratégias de atuação em cada serviço; elaboração e implementação de um programa de intervenção; realização de reuniões com os representantes dos diferentes serviços; elaboração de relatórios e a divulgação dos mesmos junto dos membros do CA; 	Agosto 2015 ate ao fim do projeto	
Identificar os fatores de risco psicossociais a que os colaboradores da ULSNE estão expostos	<ul style="list-style-type: none"> realização de um estudo de investigação com características semelhantes ao realizado presentemente; divulgação dos resultados e da descrição do projeto com o objetivo de constituir valor científico; 	Janeiro 2016 ate ao fim do projeto	

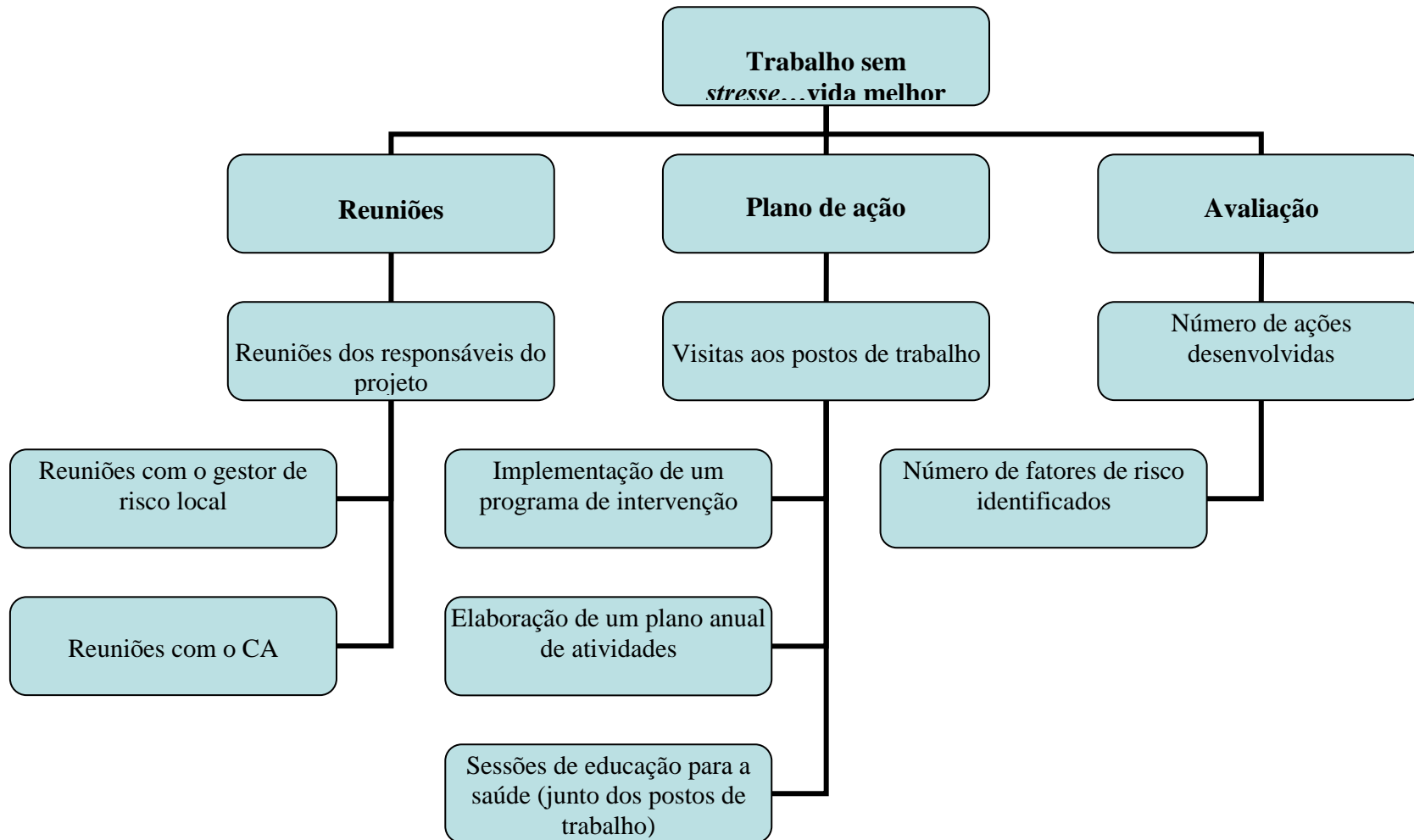


Figura 1 – Organograma do projeto de intervenção.

2.1 – Avaliação

A avaliação será realizada pela equipa de trabalho do projeto e pelo coordenador do mesmo, tendo por base indicadores de resultado e de desempenho.

Quanto aos indicadores de resultado, será a avaliar em 2016, através de um estudo de investigação com características semelhantes ao realizado no presente ano, e o cujo objetivo será reduzir de cinco fatores de risco identificados no presente estudo para três. Os indicadores de desempenho, serão avaliados, ao longo da fase de intervenção de projeto, mediante o cumprimento do plano de ação.

Anexo II

Autorização da ULSNE, para aplicação do questionário.

Anexo III

Questionário – “ Avaliação de riscos Psicossociais”

Anexo IV

Grelha de Cotação das Dimensões, dos fatores de risco psicossociais.