



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE GESTÃO

TÍTULO | RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTO DE TRABALHO HOSPITALAR

Nome do Mestrando | Célia Cristina Ribeiro Rodrigues

Orientação | Professora Doutora Carla Semedo

Mestrado em Gestão

Área de Especialização | Recursos Humanos

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE GESTÃO

**TÍTULO | RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTO
DE TRABALHO HOSPITALAR**

Nome do Mestrando | Célia Cristina Ribeiro Rodrigues

Orientação | Professora Doutora Carla Semedo

Mestrado em Gestão

Área de Especialização | Recursos Humanos

Dissertação

Évora, 2018

RESUMO

De acordo com a Estratégia Comunitária 2007/2012 da União Europeia para a saúde e a segurança no trabalho é *“vital identificar e acompanhar em tempo útil riscos novos e emergentes, como, por exemplo, os riscos psicossociais”*.

Este estudo, pretende avaliar os fatores de riscos psicossociais, em ambiente de trabalho hospitalar e analisar se a perceção varia em função das características sociodemográficas (idade e género) e socioprofissionais (serviço, grupo profissional, tempo de serviço, tipo de vínculo e horário de trabalho) dos participantes.

Utilizou-se o questionário COPSOQ II. Participaram no estudo, 229 trabalhadores de vários serviços do Hospital do Espírito Santo, EPE de Évora.

Concluiu-se que os fatores de risco psicossocial que mais colocam os trabalhadores numa situação de risco para a saúde são as *“exigências cognitivas e emocionais”*. Verificou-se igualmente que a perceção dos riscos psicossociais varia em função da idade, do serviço, do grupo profissional e do horário de trabalho.

Palavras-chave: *Riscos psicossociais, profissionais de saúde, Hospital, COPSOQ II*

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL RISKS OF HEALTHCARE WORKERS IN HOSPITAL WORK CONTEXT

According to the Community Strategy 2007/2012 of the European Union on health and safety at work "*it is vital to identify and monitor new and emerging risks — e.g. psychosocial risks*".

This study aims to evaluate the psychosocial risk factors in the hospital work environment and to analyze whether the perception of psychosocial risks varies according to socio-demographic characteristics (age and gender) and socio-occupational characteristics (specialties, professional group, service time, type of bond and time of work) of the participants.

The COPSOQ II questionnaire was used. Participated in the study, 229 healthcare workers from different specialties at Hospital Espírito Santo de Évora.

It was concluded that the main psychosocial risk factors for health are cognitive and emotional demands. It was verified that the perception of psychosocial risks varies according to age, specialties, professional group and working hours.

Keyword: *Psychosocial risks, healthcare workers, Hospital, COPSOQ II.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Carla Semedo pela sua disponibilidade, pelas sugestões, estímulo e interesse manifestado ao longo da orientação desta dissertação, tornando assim possível a sua concretização.

Ao Fernando, pelo amor, incentivo e força transmitida para vencer os momentos mais difíceis.

Às minhas filhas, Carolina e Mariana, pela ajuda e paciência que tiveram quando deixámos de ir a algum lado ou fazer alguma coisa pelo motivo desta investigação.

Aos meus pais, Maria Aldina e Avelino, pelo amor e por todo o apoio que me tem dado ao longo de toda a minha vida.

A todos os que voluntariamente acederam a fazer parte desta investigação.

Ao Conselho de Administração do Hospital Espírito Santo de Évora EPE, por ter autorizado a realização deste estudo na sua instituição.

À Eng^a. Susana Neves, pelo apoio.

A todos os meus colegas de trabalho do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Espírito Santo de Évora, pelo apoio e incentivo.

A todos agradeço a confiança, a motivação e o afeto.

ÍNDICE GERAL

Índice geral	9
Índice de gráficos	10
Índice de quadros	12
Listagem de abreviaturas ou siglas	13
1. Introdução	14
2. Revisão da literatura sobre riscos psicossociais	16
2.1 Segurança e saúde no trabalho	16
2.2 Riscos ocupacionais emergentes	21
2.3 Conceitos: riscos psicossociais e fatores de riscos psicossociais	25
2.4 Riscos psicossociais no trabalho	26
2.5 Fatores de risco psicossociais	28
2.6 Consequências dos riscos psicossociais	29
2.7 Riscos profissionais em contexto de trabalho hospitalar	30
3. Metodologia de investigação	35
3.1 Objetivos e conceptualização do estudo	35
3.2 População e amostra	36
3.3 Definição de variáveis	39
3.4 Procedimentos éticos e legais na recolha de dados	39
3.5 Descrição do instrumento de recolha de dados	39
3.6 Método de análise de dados	46
4. Apresentação dos resultados	50
4.1 Caracterização da amostra	50
4.2 Avaliação do COPSOQ II	57
4.3 Diferença entre os grupos de variáveis sociodemográficas e socioprofissionais na perceção dos fatores de riscos psicossociais.	64
5. Discussão dos resultados	79
5.1 COPSOQ II	80
5.2 Teste de hipóteses	84
6. Considerações finais	88
Bibliografia	91
Anexos I	98
Anexos II	99
Anexo III – questionário	108

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais por grupo etário	51
Gráfico 2 – Distribuição de profissionais por género.....	51
Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais por serviço.....	52
Gráfico 4 – Distribuição de profissionais por serviços reagrupados.....	52
Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais segundo tempo de serviço.....	53
Gráfico 6 - Distribuição dos profissionais por tipo de vínculo com a Instituição.....	54
Gráfico 7 – Resposta à questão 10. Trabalha por turnos?.....	55
Gráfico 8 - Resposta à questão 11. Faz o turno da noite?	55
Gráfico 9 - Resposta à questão 13. Sente consequências físicas e emocionais.....	56
Gráfico 10 - Resposta à questão 14. Costuma trabalhar mais horas para.....	56
Gráfico 11 - Resposta à questão 15. Com que frequência trabalha para além do seu horário de trabalho?	56
Gráfico 12 - Resposta à questão 16. Sente que o seu horário de trabalho interfere com a sua vida social e familiar?.....	57
Gráfico 13 – Resultado da dimensão “Exigências laborais”.....	57
Gráfico 14 - Resultado da dimensão “Organização do trabalho e conteúdo”	58
Gráfico 15 - Resultado da dimensão “Relações sociais e liderança”.	59
Gráfico 16 - Resultado da dimensão “Interface trabalho-indivíduo”.	60
Gráfico 17 - Resultado da dimensão “Valores no local de trabalho”.	61
Gráfico 18 - Resultado da dimensão “Personalidade”	61
Gráfico 19 - Resultado da dimensão “Comportamentos ofensivos”	62
Gráfico 20 - Resultado da dimensão “Saúde e bem-estar”.	62
Gráfico 21 – Distribuição da perceção de riscos psicossociais da dimensão “Exigências laborais” por grupo etário.....	65
Gráfico 22 - Distribuição da perceção de riscos psicossociais da dimensão “Valores no local de trabalho” por grupo etário.....	66
Gráfico 23 - Distribuição da perceção de riscos psicossociais da dimensão “Personalidade” por grupo etário.....	66
Gráfico 24 - Distribuição da perceção de riscos psicossociais da dimensão “Organização de trabalho e conteúdo” por Serviços.....	68
Gráfico 25 - Distribuição da perceção de riscos psicossociais da dimensão “Interface trabalho-indivíduo” por Serviços.....	68

Gráfico 26 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Saúde e bem-estar” por Serviços.	69
Gráfico 27 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Exigências laborais” por grupo profissional.....	71
Gráfico 28 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Organização de trabalho e conteúdo” por grupo profissional.	71
Gráfico 29 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Valores no local de trabalho” por grupo profissional.....	72
Gráfico 30 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Personalidade” por grupo profissional.	72
Gráfico 31 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Interface trabalho-indivíduo” por grupo profissional.	73
Gráfico 32 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Comportamentos ofensivos” por grupo profissional.	74
Gráfico 33 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Saúde e bem-estar” por grupo profissional.	74
Gráfico 34 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “organização do trabalho e conteúdo” por vínculo profissional.	76
Gráfico 35 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Organização do trabalho e conteúdo” por trabalho por turnos.....	77
Gráfico 36 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Interface trabalho-indivíduo” por trabalho por turnos.	77
Gráfico 37 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Saúde e bem-estar” por trabalho por turnos.....	78
Gráfico 38 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Comportamentos ofensivos” por trabalho por turnos.....	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Principais riscos emergentes identificados.....	22
Quadro 2 – Tipologia de fatores de risco psicossocial.....	28
Quadro 3 – População e amostra (respondentes) por grupo profissional.	38
Quadro 4 – Dimensões, escalas e itens.....	42
Quadro 5 – Fiabilidade interna das escalas	47
Quadro 6 - Coeficiente alfa de Cronbach para as dimensões.....	48
Quadro 7 - Média e desvio padrão das dimensões em estudo	48
Quadro 8 – Distribuição dos profissionais por idade.....	50
Quadro 9 - Distribuição dos profissionais por grupo profissional.	53
Quadro 10 – Distribuição dos profissionais por tempo de serviço na Instituição.	53
Quadro 11 – Grupo etário/Vínculo profissional	54
Quadro 12 - Resposta à questão 12. Quantas noites faz por mês?	55
Quadro 13 – Média e desvio padrão das 8 dimensões.....	63
Quadro 14 – Teste Kruskal Wallis para grupo etário.	64
Quadro 15 – Teste Mann-Whitney para o género.....	67
Quadro 16 - Teste Kruskal Wallis para serviços.	67
Quadro 17 - Teste Kruskal Wallis para grupo profissional.....	69
Quadro 18 – Média da perceção dos riscos psicossociais, por grupo profissional, para cada dimensão.....	70
Quadro 19 - Teste Kruskal Wallis para o tempo de serviço.	75
Quadro 20 - Teste Mann-Whitney para o tipo de vínculo.	75
Quadro 21 - Teste Mann-Whitney para o trabalho por turnos.	76

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

- AO- assistente operacional.
- AT- assistente técnico.
- CIT – Contrato individual de trabalho.
- COPSOQ II - Copenhagen Psychosocial Questionnaire, segunda versão.
- CTFP – Contrato de trabalho em funções publicas.
- DI – dirigente intermédio.
- EC – *European Comission.*
- Enf.- enfermeiro
- Eng.^a - engenheira.
- EPE – Empresa Publica do Estado.
- ESENER - Inquérito Europeu às empresas sobre riscos emergentes.
- EU-OSHA – *The European Agency for Safety and Health at Work.*
- EUROFOUND - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- HESE – Hospital Espírito Santo de Évora.
- IBM SPSS - *Software Statistical Package for Social Sciences* da IBM.
- M – média.
- MCDT's – Meios complementares de diagnóstico.
- MGER - Metodologia Geral de Riscos.
- MS – Ministério da Saúde.
- NIOH - *Danish National Institute of Occupational Health.*
- OIT – Organização Internacional do Trabalho.
- OMS – Organização Mundial de Saúde.
- p - probabilidade de significância (*p-value*).
- p_{aj} - probabilidade de significância ajustada.
- QARPIS - Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais e Identificação de Situações de Risco.
- SNS – Sistema Nacional de Saúde.
- SST - Segurança e saúde no trabalho.
- STAP - Stresse no trabalho e Ambiente Psicossocial.
- TS – técnico superior.
- TSDT – Técnico superior de diagnóstico e terapêutica.
- UE – União Europeia.
- WHO – World Health Organization.
- α – nível de significância (erro do tipo I).

1. INTRODUÇÃO

A dimensão de Saúde e Segurança no Trabalho enquadra políticas e programas que se preocupam em proteger os funcionários contra os riscos decorrentes do seu emprego ou as suas ligações com a empresa (Armstrong, 2006). Justificadamente, a União Europeia através da sua Agência para Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) elabora relatórios periódicos, num dos quais alerta que “a cada 3 minutos e meio morre alguém, na União Europeia, em consequência de um acidente de trabalho ou doença relacionada com o exercício de atividade profissional” (EU-OSHA, 2010a, pp. 97). Também refere que “50% a 60% de todos os dias de trabalho perdido, podem ser atribuídos ao stress relacionados com o trabalho.” (EU-OSHA, 2000). Apesar dos números e da sensibilidade e enquadramento legal que existe para o tema, segundo a EU-OSHA (2010b) mais de 40% dos empregadores consideram os riscos psicossociais mais difíceis de gerir que os “tradicionais” riscos profissionais relacionados com os acidentes de trabalho.

O aumento previsível dos riscos psicossociais no trabalho acontece por múltiplas razões as quais têm a ver com tendências no mundo do trabalho, desde alterações socioeconómicas, novo paradigma tecnológico e mudança do conteúdo e natureza do trabalho, novas formas de organização do trabalho, alteração dos espaços de trabalho e alteração do significado do trabalho e dos valores laborais (Coelho, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu Relatório de 2010 sobre ambientes de trabalho saudáveis, definiu que “um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho tendo em conta, (i) questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho; (ii) questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e cultura da organização; (iii) recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho; e (iv) envolvimento da empresa na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e outros membros da comunidade. (OMS, 2010).

A atividade hospitalar é por natureza exposta a múltiplos fatores de risco. Tomando como exemplo, os profissionais de saúde de enfermagem que são, por regra, o maior grupo profissional, devido à natureza do seu trabalho prestam cuidados 24 horas ininterruptas aos doentes, necessitado de trabalhar por turnos, permanecem muito tempo no local de trabalho, predispondo-os a riscos psicossociais entre outros (Takeda, Robazi & Lavrador, 2001). Neste

âmbito, o "risco de um profissional de saúde contrair doenças relacionadas com trabalho é 1,5 vezes maior do que o risco de todos os demais trabalhadores" (ARSLVT, 2010, pp.1).

A escolha do tema dos Riscos Psicossociais para este estudo deve-se ao que foi exposto anteriormente, tornando-o particularmente interessante pelo facto de ser um tema sensível, devido aos efeitos que estes riscos podem ter na vida dos trabalhadores. A escolha do tema apoia-se igualmente no facto de acreditar profundamente que, apesar das limitações financeiras dos últimos anos, as organizações, apoiadas pelo diagnóstico e percepção dos seus trabalhadores, sobre as condições de trabalho, as podem melhorar.

No fundo, pretende-se saber quais os fatores de risco psicossociais que afetam os profissionais de saúde de um hospital numa ótica de prevenção. Para responder a esta questão de investigação foram indicados os seguintes objetivos:

- Avaliar os fatores de riscos psicossociais em ambiente de trabalho hospitalar;
- Analisar se a percepção dos riscos psicossociais varia em função das características sociodemográficas (idade e género) e socioprofissionais (serviço, grupo profissional, anos de serviço, tipo de vínculo e horário de trabalho) dos participantes.

A presente investigação utilizou o questionário Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ II (segunda revisão), versão média. Este questionário já validado para a população portuguesa, foi a ferramenta que veio dar resposta aos objetivos propostos.

Concluiu-se que os fatores de risco psicossocial que mais colocam os trabalhadores numa situação de risco para a saúde são: as exigências cognitivas e as exigências emocionais. A consequência dos riscos psicossociais que foi mais referida foi o *Burnout*. Verificou-se que a percepção dos riscos psicossociais varia em função da idade, do serviço, grupo profissional e do horário de trabalho.

2. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE RISCOS PSICOSSOCIAIS

2.1 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

A saúde e o trabalho são processos complexos e ligados entre si.

O processo saúde-doença é o produto da interação constante entre o indivíduo e o meio ambiente, onde cresce e se desenvolve, sendo definido desde uma concepção global e integral do mesmo. A definição de saúde para a Organização Mundial de Saúde (OMS) reafirma o conceito integral, defendendo a mesma como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou invalidez”.

Para a promoção da saúde, o trabalho tem um valor importantíssimo. Resulta do que se obtém com o trabalho. Por exemplo, o trabalhador faz parte integrante da sociedade sentindo-se importante, necessário e valioso; proporciona oportunidade de exercer as suas competências, de utilizar e ampliar os seus conhecimentos, assim como adquirir novos; permite-lhe fazer parte de um ambiente social de interação com os outros, orientados para determinados objetivos, de apoio mútuo dentro de uma rede de relacionamentos interpessoais; dá-lhe a oportunidade de assumir funções muito diversas na sua rotina quotidiana; cria também a necessária estruturação do tempo. Normalmente, com o trabalho vem também a compensação financeira que atende às necessidades básicas. São estes muitos dos fatores de satisfação, saúde e bem-estar que estão intrinsecamente ligados ao trabalho e à profissão (Kalimo, 1988; Serra, 1999).

Segundo Serra (1999) o trabalho também tem aspetos negativos. Acontece quando não se gosta do que se faz, quando há incapacidade de acompanhar novas tecnologias ou quando a situação de emprego é precária. Podem também existir colegas, superiores hierárquicos ou subordinados que são uma fonte constante de conflito. O facto de ter excesso de trabalho ou ao contrário ter défice de trabalho pode igualmente, em ambos os casos, provocar insatisfação no trabalhador e pôr em risco a sua saúde.

A preocupação com os riscos para a saúde do trabalhador levou a que em 1950, através de Comissão conjunta, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS, estabelecessem os objetivos da saúde ocupacional (saúde relacionada com o trabalho).

- Promover e manter o maior grau de bem-estar físico e social dos trabalhadores.
- Proteger os trabalhadores contra os riscos resultantes de agentes nocivos para a saúde.

- Atribuir e manter o trabalhador numa ocupação adequada às suas aptidões fisiológicas e psicológicas. Em suma adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao posto justo.

Os princípios básicos da segurança e saúde do trabalho assim como as disposições das normas internacionais do trabalho são todos concebidos para alcançar um objetivo vital: que o trabalho ocorra num ambiente seguro e saudável.

Segundo Alli (2001), a segurança e saúde do trabalho é uma área multidisciplinar que tenta resolver questões relacionadas com a medicina e outras áreas científicas, nomeadamente direito, tecnologias, economia e ainda preocupações específicas para com várias indústrias. Apesar desta variedade de preocupações e interesses, certos princípios básicos podem ser identificados, incluindo os seguintes:

- **Todos os trabalhadores têm direitos.** Trabalhadores, bem como os empregadores e os governantes, devem garantir que esses direitos sejam protegidos, promovendo condições dignas de trabalho. Como foi declarado na Conferência Internacional do Trabalho em 1984:
 - a) o trabalho deve ocorrer num ambiente de trabalho seguro e saudável;
 - b) as condições de trabalho devem ter em conta o bem-estar dos trabalhadores e a dignidade humana;
 - c) o trabalho deve oferecer possibilidades de realização pessoal, autorrealização e serviço à sociedade¹.
- **Devem ser estabelecidas políticas de segurança e saúde no trabalho (SST).** Tais políticas devem ser implementadas tanto a nível governamental como da empresa. Devem ser comunicadas com eficácia a todas as partes envolvidas.
- **É necessária consulta prévia com os parceiros sociais** (isto é, empregadores e trabalhadores) e outras partes interessadas. Isto deve ser feito durante a formulação, implementação e avaliação de tais políticas.
- **Prevenção e proteção devem ser o objetivo de programas e políticas de segurança e saúde no trabalho.** Os esforços devem ser focados em prevenção primária ao nível do local de trabalho. Os locais e ambientes de trabalho devem ser planeados e projetados para serem seguros e saudáveis.

¹ Conclusões sobre ações futuras na área de Condições de Trabalho e Meio Ambiente, adaptadas da 70ª Seção da Conferência Internacional do Trabalho em junho de 1984, secção I, segundo parágrafo.

- **A informação é vital para o desenvolvimento e implementação de programas e políticas eficazes.** A recolha e divulgação de informações precisas sobre os riscos e materiais perigosos, a vigilância dos locais de trabalho, a monitorização do cumprimento das políticas e boas práticas e outras atividades relacionadas, são fundamentais para a elaboração e execução de políticas eficazes.
- **A promoção da saúde é um elemento central da prática de saúde ocupacional.** Devem ser desenvolvidos esforços para melhorar o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores.
- **Devem ser criados serviços de saúde ocupacional que incluam todos os trabalhadores.** O ideal é que todos os trabalhadores, de todos os setores económicos, tenham acesso a esses serviços, que visam proteger e promover a saúde dos trabalhadores e melhorar as condições de trabalho.
- **Os trabalhadores que sofrem acidentes de trabalho e doenças relacionadas com trabalho devem ter direito a serviços de tratamento, reabilitação e compensação.** Devem ser tomadas medidas para minimizar as consequências dos riscos ocupacionais.
- **A educação e a formação são componentes vitais de ambientes de trabalho seguros e saudáveis.** Os trabalhadores e os empregadores devem ser sensibilizados para a importância de manter procedimentos de trabalho seguros. Os formadores em segurança e saúde no trabalho devem ter formação para os diferentes setores de atividade.
- **Trabalhadores, empregadores e autoridades competentes têm responsabilidades, deveres e obrigações.** Por exemplo, os trabalhadores devem seguir os procedimentos de segurança estabelecidos; os empregadores devem proporcionar locais de trabalho seguros e assegurar o acesso aos primeiros socorros; e as autoridades competentes devem criar, comunicar, rever periodicamente e atualizar as políticas de segurança e saúde no trabalho.
- **As políticas devem ser aplicadas.** Deve existir um sistema de inspeção para garantir que se cumpra todos os procedimentos de segurança e saúde no trabalho assim como a legislação laboral.

Com estes princípios em mente, vários documentos foram elaborados por diversos organismos internacionais, em particular pela OMS, pela OIT, pelo Comité Misto da OIT/OMS de Saúde Ocupacional, pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de

Trabalho (EUROFOUND)², pelo Conselho da Europa e pela Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA)³, com o intuito de proteger os trabalhadores.

Na Europa, segundo Coelho (2010), a Diretiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho é a mais importante legislação com impacto na realidade social dos diferentes Estados-Membros, sobretudo nos que davam pouca relevância a estas questões de segurança e saúde no trabalho, como era o caso de Portugal, da Grécia, da Espanha e da Itália. A Diretiva-Quadro constitui a base jurídica de toda a legislação de Segurança e Saúde no Trabalho na União Europeia (UE).

A diretiva é um ato jurídico previsto no Tratado da União Europeia. É obrigatória e decretou aos Estados-Membros a sua transposição para o direito interno no prazo estabelecido.

O artigo 153.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia⁴ concede à UE autoridade para adotar diretivas em matéria de saúde e segurança no trabalho.

Ao transporem as diretivas da UE para o direito interno, os Estados-Membros são livres de adotar normas mais exigentes de proteção dos trabalhadores. Por conseguinte, as prescrições legislativas, em matéria de saúde e segurança no trabalho, podem variar entre os Estados-Membros.

Diretivas relevantes para SST

- **Diretiva 89/391/CEE, de 12 de junho** - diretiva-quadro europeia relativa à saúde e segurança no trabalho, que segunda a EU-OSHA marcou uma importante etapa na melhoria da saúde e segurança no trabalho garantindo os preceitos mínimos de saúde e segurança em toda a Europa.
- **Estratégia comunitária 2007/2012 para a saúde e a segurança no trabalho** - através da resolução do Parlamento Europeu, de 15 de janeiro de 2008, sobre a estratégia comunitária 2007/2012 para a saúde e a segurança no trabalho (2007/2146; INI) referiu no seu número 60 *“ser vital identificar e acompanhar em tempo útil riscos novos e emergentes, como, por exemplo, os riscos psicossociais”*.
- **Diretiva 2002/73/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de setembro de 2002** - relativa à concretização do princípio da igualdade de tratamento entre homens

² Fundação de Dublin, criada pelo Regulamento (CEE) nº 1365/75 do Conselho, de 26 de Maio de 1975.

³ Criada pela União Europeia em 1996, sedeadada em Bilbao, Espanha.

⁴ TRATADO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA UNIÃO EUROPEIA (C 326/47), publicado em 26.10.2012 no Jornal PT Oficial da União Europeia.

e mulheres no que se refere ao acesso ao emprego, à formação e promoção profissionais e às condições de trabalho. Dispõe sobre os Riscos Psicossociais de Assédio Moral e Sexual.

- **Diretiva 2003/88/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de novembro** - relativa a determinados aspetos da organização do tempo de trabalho, que fixa as prescrições mínimas de segurança e de saúde em matéria de organização do tempo de trabalho aplicáveis aos períodos de descanso diário, pausas, descanso semanal, tempo máximo de trabalho semanal, férias anuais e a certos aspetos do trabalho noturno, do trabalho por turnos e do ritmo de trabalho.

Legislação Nacional relevante para SST

- **Lei Constitucional nº 1/2005** - Constituição da República Portuguesa com a garantia do Princípio da Igualdade (art.º 13º); do Direito à Integridade Pessoal (art.º 25º); outros Direitos Pessoais (art.º 26º); direito à Segurança no Emprego (art.º 53º).
- **Decreto-Lei n.º 441/91**, de 14 de novembro - Lei-Quadro da Segurança e Saúde no Trabalho que visa a efetivação do direito à segurança e à proteção da saúde no local de trabalho por via da coerência de medidas e da eficácia de intervenção das entidades públicas, privadas ou cooperativas.
- **Lei n.º 102/2009**, de 10 de setembro - Regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho.
- **Lei n.º 7/2009**, de 12 de fevereiro - aprova o código do trabalho. No artigo 15º do capítulo 2, reporta as obrigações gerais do empregador, das quais especificamos as alíneas d) e e), nomeadamente, o empregador deve zelar, de forma continuada e permanente, pelo exercício da atividade em condições de segurança e de saúde para o trabalhador, tendo em conta os seguintes princípios gerais de prevenção: d) Assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos e aos fatores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador; e) Adaptação do trabalho ao homem, especialmente no que se refere à conceção dos postos de trabalho, à escolha de equipamentos de trabalho e aos métodos de trabalho e produção, com vista a, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e reduzir os riscos psicossociais.

O ordenamento jurídico que tutela a saúde e segurança no trabalho está reforçado na ordem jurídica nacional conferindo ainda ao Estado, “enquanto agente de promoção da melhoria e manutenção das boas condições de trabalho, assim como entidade de fiscalização e regulação da prevenção em contexto laboral” (Silva *et al.*, 2012).

2.2 RISCOS OCUPACIONAIS EMERGENTES

A Agência Europeia para as condições de Trabalho define riscos ocupacionais emergentes, como aqueles riscos que são “novos” e estão a “aumentar” (Areosa & Neto, 2014).

O risco considera-se “novo”, quando:

- O risco não existia anteriormente e é causado por um novo processo, novas tecnologias, novos locais de trabalho, mudanças sociais ou organizacionais;
- um problema antigo é considerado um risco recente devido a uma mudança nas perceções sociais ou públicas;
- o recente conhecimento científico permite que problemas antigos sejam identificados como um risco.

O risco considera-se que está a “aumentar”, quando:

- o número de perigos que levam ao risco está a crescer;
- a probabilidade de exposição ao perigo que conduz ao risco aumenta (nível de exposição ou número de pessoas expostas);
- o efeito do risco na saúde do trabalhador está a piorar (gravidade dos efeitos na saúde e/ou o número de trabalhadores afetados).

Com base na estratégia comunitária da União Europeia para a segurança e saúde no trabalho foram concretizadas as seguintes iniciativas:

- Criação do Observatório Europeu dos Riscos, com o objetivo de monitorizar os riscos emergentes, permitindo melhorar a eficácia de medidas preventivas;
- Realização do Inquérito Europeu às empresas sobre riscos emergentes (ESENER), para saber a opinião dos gestores e representantes dos trabalhadores sobre como são geridos os riscos nos seus locais de trabalho;
- Consultas a peritos, com recursos à metodologia Delphi, para obter previsões sobre os riscos emergentes físicos, químicos, biológicos e psicossociais (Areosa & Neto, 2014).

Areosa e Neto (2014) fizeram uma síntese dos quatro relatórios da EU-OSHA (2005, 2007a, 2007b, e 2009) dos riscos emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho. Esta síntese é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais riscos emergentes identificados

<p><u>Riscos Físicos</u></p> <p>Falta de atividade física; Exposição combinada a fatores de risco de lesões músculo-esqueléticas e fatores de risco psicossociais; Complexidade de tecnologias e processos de trabalho com complexo interface operador/a-sistema; insuficiente proteção de grupos de alto risco contra riscos ergonómicos continuados (duradouros); Falta de prescrições contra desconforto térmico nos locais de trabalho industrial; Radiação ultravioleta; Riscos multifatoriais; Vibrações (EU-OSHA, 2005).</p>
<p><u>Riscos Biológicos</u></p> <p>Riscos ocupacionais relacionados à epidemia global; Organismos resistentes aos medicamentos; baixo nível de conhecimento sobre avaliação de riscos biológicos; Falta de informação sobre riscos biológicos; Falta de manutenção dos sistemas de água e ar; Exposição combinada a agentes biológicos e químicos; Endotoxinas; Fungos; Tratamento de resíduos (EU-OSHA, 2007b).</p>
<p><u>Riscos Psicossociais</u></p> <p>Novas formas de contratos de trabalho e insegurança no emprego (contratos precários no contexto do mercado de trabalho instável, vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto da globalização, novas formas de contratos de trabalho, sentimento de insegurança no emprego e produção <i>lean production</i> e <i>outsourcing</i>); Envelhecimento da população ativa; Intensificação do trabalho (longas horas de trabalho e elevado ritmo de trabalho); Exigências emocionais elevadas no trabalho; Pobre equilíbrio trabalho-vida pessoal (EU-OSHA, 2007a).</p>
<p><u>Riscos Químicos</u></p> <p>Nanopartículas e partículas ultrafinas; Gases de exaustão diesel; Fibras minerais sintéticas; Resinas epóxi; Isocianatos; Exposição dérmica; Substâncias perigosas em tratamento de resíduos; Produtos à base de sílica cristalina; Riscos químicos combinados com fatores organizacionais (EU-OSHA, 2009).</p>

Houtman, Douwes, Zondervan e Jongen (2014) referem que os ambientes laborais estão em constante mudança com a introdução de novas tecnologias, novas matérias e processos

de trabalho, juntamente com as transformações do mercado de trabalho, as novas formas de trabalho e gestão. Essas mudanças trazem novas oportunidades, assim como novos perigos para os trabalhadores e empregadores, que por sua vez exigem novas iniciativas políticas, organizativas, técnicas e regulamentares para garantir a proteção do trabalhador.

Os promotores dessas mudanças no mundo do trabalho, segundo Houtman *et al.* (2014) e também já identificados anteriormente por Coelho (2008 e 2010) são:

- **Alterações socioeconómicas** - a globalização, a terciarização da economia, a feminização da mão-de-obra e o envelhecimento demográfico.

A globalização reveste-se de uma multiplicidade e variedade de formas, como refere Coelho (2010) citando o Grupo de Lisboa (1994) o qual também salienta que as formas que parecem ter maior influência nas condições de trabalho são: a globalização da tecnologia e do conhecimento; globalização dos modos de vida e do consumo; globalização cultural; globalização das perceções e da consciência e a globalização das capacidades reguladoras e da governação. São consequências da globalização nas condições de trabalho, o aumento de trabalho por turnos, a duração da jornada de trabalho, o trabalho extraordinário que pode ser ou não remunerado e a diminuição ou perda de regalias sociais.

Em 2010, a União Europeia, na estatística de emprego por atividade económica, refere que 69,1% da população ativa pertence ao sector dos serviços, 25,2% ao setor industrial e apenas 5,1% ao setor agrícola (EU, 2011). No que diz respeito a segurança e saúde no trabalho, o aumento da atividade económica do setor dos serviços faz aumentar novos riscos para o trabalhador, em particular riscos de natureza psicossocial (Houtman, *et al.* 2014). Os fatores de risco estão relacionados com a organização de trabalho, especialmente numa economia de serviços, sendo eles: grau de autonomia dos trabalhadores; estatuto profissional e desenvolvimento da carreira; papel do trabalhador na empresa; satisfação profissional; carga de trabalho; organização e duração de trabalho; relações interpessoais e a interface família-trabalho (Coelho, 2010).

O aumento de mulheres no mercado de trabalho influencia o aumento de doenças profissionais, especialmente de natureza psicossocial, devido sobretudo à desigualdade a nível salarial, oportunidades desiguais de formação e requalificação, segregação profissional, acesso desigual aos recursos produtivos, menor participação nas decisões da empresa, menores expectativas de promoção, entre outras (Ferreira, 2010). A interface família-trabalho (“duplas ocupações”) também influencia a saúde profissional da mulher.

As novas políticas que têm vindo a ser adotadas no que respeita à idade da reforma e da aposentação, conduzem à existência de trabalhadores cada vez mais envelhecidos durante mais anos. Estes trabalhadores diferem dos mais novos em termos de condição física,

psicológica, fatores ergonómicos, fatores físicos e fatores químicos. Estas diferenças tornam o trabalhador mais velho mais vulnerável, mais propenso a doenças profissionais (Coelho, 2010).

- **As novas tecnologias e Técnicas de Produção e de Gestão** – a crescente mecanização, automatização e robotização industrial pelo avanço das tecnologias informáticas e das telecomunicações. A introdução da eletrónica nos processos de produção e gestão tem fomentado novos sistemas de trabalho.
- **Novo conteúdo do trabalho** – o uso das novas tecnologias resulta na alteração do conteúdo do trabalho. O uso de ferramentas de comunicação, como o computador, a internet, o telefone, permitem reduzir o tamanho dos grupos de trabalho implicando uma maior necessidade de trabalhar individualmente e um aumento de responsabilidade pessoal. Também as alterações do contexto de trabalho exigem uma maior capacidade de aprendizagem. “A informação, o conhecimento e as relações interpessoais tornam-se as principais matérias-primas de hoje, com que o trabalhador atual tem de saber lidar” ... “Uma boa aprendizagem requer uma boa capacidade mental e esta depende muito da saúde e do bem-estar do trabalhador, nomeadamente da saúde mental e do bem-estar psicológico” (Coelho, 2010, pp. 35).
- **Organização de trabalho** – a alteração do conteúdo do trabalho é acompanhada pela necessidade do aumento de flexibilidade quer laboral quer organizacional. São exemplos de flexibilidade laboral, a jornada de trabalho flexível ou flexibilidade contratual, a flexibilidade das competências, a flexibilidade do emprego, funcional e numérica. A flexibilidade organizacional pode ser: 1) estrutural ou extrínseca, onde se incluem conceitos como os de *flat organization* (organizações com poucos níveis de hierarquias), de *empowerment* (aumento da delegação de poderes), *outsourcing* (ou externalização, contratação fora da empresa de bens ou serviços) e de *downsizing* (redução planeada de pessoal); 2) intrínseca que inclui o trabalho em equipa, a necessidade do aumento da participação, a divisão de tarefas, etc.

A organização do trabalho apresenta também outros aspetos: a produção flexível; proliferação de pequenas e médias empresas; métodos de gestão *toyotista*⁵; precariedade; subcontratação e empresa em rede ou horizontal que é caracterizada pela gestão de processos e não de tarefas, hierarquia plana, gestão de equipa, avaliação de resultados da satisfação de cliente, recompensas com base nos resultados, informação, formação, etc. (Coelho, 2010).

⁵ A ideia principal desta gestão é produzir somente o necessário, reduzindo os *stocks* (flexibilização da produção), produzindo em pequenos lotes, com a máxima qualidade, trocando a padronização pela diversificação e produtividade. As relações de trabalho também foram modificadas, pois agora o trabalhador deveria ser mais qualificado, participativo e polivalente, ou seja, deveria estar apto a trabalhar em mais de uma função (Roque, 2014).

2.3 CONCEITOS: RISCOS PSICOSSOCIAIS E FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

O conceito de risco psicossocial adquiriu a partir da década de 1980, maior relevo técnico-científico devido à consolidação do paradigma da promoção das condições de trabalho e da qualidade de vida no trabalho (Neto, 2014). Contudo existe ainda pouco consenso e alguma confusão na sua definição, tais como o uso do termo stress ocupacional como sinónimo de risco psicossocial ou a confusão entre os conceitos de risco psicossocial e de fator de risco psicossocial (Coelho, 2009; Neto, 2014). O stress não é o único fator de risco psicossocial como falaremos mais adiante, não sendo correto utiliza-lo como sinonimo de risco psicossocial. Risco psicossocial e fator de risco psicossocial são conceitos diferentes. O fator de risco (ou perigo) é o que provoca o risco (dano), enquanto o risco simboliza a probabilidade de concretização desse dano (Cox & Cox, 1993; Leka et al., 2008; Lei n.º 102/2009, citados por Neto, 2014).

Os riscos psicossociais segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1984) é um conceito complexo e de difícil compreensão uma vez que representam um conjunto de perceções e experiências do trabalhador e englobam muitos aspetos.

Neto (2014) refere que as definições mais recentes de riscos psicossociais, são as que melhor conseguem especificar o fenómeno, nomeadamente as propostas de Gollac e Bodier (2011) e de Marchant e Garrido (2012).

Gollac e Bodier (2011) dizem que riscos psicossociais podem ser definidos como os riscos para a saúde mental, física e social, gerados por condições de emprego, fatores organizacionais e relacionais que podem interagir com o funcionamento mental e bem-estar psicossocial dos trabalhadores. Por sua vez, Marchant e Garrido (2012) definem os riscos psicossociais como um conjunto de condições relativas à organização e conteúdo das tarefas, aos procedimentos e métodos de trabalho, bem como às relações entre os trabalhadores e as chefias, cujo tempo prolongado de exposição aumenta a possibilidade de se experimentar tensão psíquica, à custa do desempenho e da produtividade. Acumulado residualmente, será um precursor de doenças ou problemas de saúde.

As definições de fatores de riscos psicossociais, apresentadas por diversos autores diferem pouco umas das outras. Uns referem que os aspetos relacionados com a realidade intra e extralaboral, como o conteúdo do trabalho e as condições ambientais são os que provocam mais dano na saúde e bem-estar psicossocial do trabalhador, enquanto outros autores abordam estes aspetos de uma forma mais abstrata (Neto, 2014).

Segundo Neto (2014) a definição mais referenciada na literatura é a proposta por Cox e Griffiths (1996 e 2005). Para este autor, a definição deveria contemplar a dimensão social do dano, propondo que fatores de risco psicossociais serão os aspetos da concepção e gestão do trabalho, e seus contextos sociais e organizacionais, que têm potencial para causar dano físico e psicossocial nos trabalhadores.

2.4 RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

Apresentaremos de seguida alguns dos principais riscos psicossociais referidos na literatura.

Violência no local de trabalho

Violência no local de trabalho, define-se como o uso intencional de poder contra uma pessoa ou um grupo, em circunstâncias relacionadas com o trabalho, que pode resultar em lesões, morte, dano psicológico ou privação (Krung, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002).

A violência no local de trabalho é todo o incidente a partir do qual as pessoas são vítimas de comportamentos abusivos, de ameaças ou de ataques em circunstâncias ligadas com o local de trabalho, os quais implicam um risco explícito ou implícito para a segurança, bem-estar e saúde (Di Martino, Hoel & Cooper, 2003).

Comportamentos abusivos englobam o assédio moral e o assédio sexual, sendo o assédio um tipo específico de violência no local de trabalho, não envolvendo necessariamente agressão física explícita ou ameaças (Paulos, 2009). Os profissionais de saúde serão potenciais vítimas, pois lidam diretamente com os utentes em situações de doença e dor.

O assédio moral no trabalho consiste em qualquer comportamento abusivo (gesto, palavra, comportamento, atitude), que atente, pela sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, colocando em perigo ou degradando o clima de trabalho (Hirigoyen, 2002). Também é chamado de «processo de violência psicológica». Esta autora verificou que um dos setores mais afetados por este tipo de assédio é o terciário, que engloba os setores da saúde, social e o ensino.

O assédio sexual é um comportamento de conotação sexual, não desejado pelo outro, que ofende a sua integridade física e moral, o seu desempenho e progresso profissional, violando o seu direito, constitucionalmente garantido, ao emprego em igualdade de circunstâncias (Dias, 2008).

Substâncias psicoativas no local de trabalho

Existem determinadas condições de trabalho que poderão aumentar o risco de consumo, nomeadamente: funções que exigem vários contactos com o público, condições físicas de alguns locais de trabalho (ambientes quentes, secos ou poluídos), profissões que provocam fadiga mental ou física, trabalho por turnos, horários desencontrados com a família, mau ambiente laboral e inadaptação (Bastida, 2002).

Stress Ocupacional

O *stress* ocupacional é um estado de tensão sentido pelo indivíduo como resultado de realizar um certo tipo de trabalho ou de estar inserido num determinado ambiente laboral (Astorga, 2005). O *stress* surge quando um indivíduo reconhece um desajustamento entre as exigências colocadas pelo ambiente e os recursos que dispõe para as enfrentar (Paulos, 2009).

Existem seis categorias de stressores em contexto laboral: ambiente físico, desempenho de papéis, estrutura organizacional e características do trabalho, relacionamento com os outros, desenvolvimento da carreira e conflito trabalho-família (Burke, 1988).

A síndrome de *Burnout* surge quando se atinge um estado de exaustão física, emocional e mental provocado por um longo envolvimento numa situação emocionalmente muito exigente. Qualquer pessoa pode sentir stress, mas o *Burnout* só é experimentado por aqueles indivíduos que ingressam para as suas carreiras com ideais elevados, motivação e investimento pessoal e que depois se sentem defraudados nos seus objetivos (Pines, 1993). Na origem do *Burnout* destacam-se fatores demográficos (género, raça, idade), de personalidade e organizacionais (sobrecarga de trabalho, conflito e ambiguidade de papel, falta de apoio social e falta de comunicação e de *feedback*).

O stress, quando se torna crónico, conduz a graves consequências tanto ao nível individual como organizacional, afetando a saúde do trabalhador assim como o desempenho da sua atividade profissional (Paulos, 2009).

Conflito entre a vida profissional e familiar

O conflito trabalho-família é definido como uma forma de conflito interpapel no qual as pressões de papel nos domínios do trabalho e da família são, de algum modo, mutuamente incompatíveis (Greenhaus & Beutell, 1985).

As dificuldades que os trabalhadores se deparam são: na organização dos horários familiares, lidar com situações de emergência, com a prestação de cuidados por longos períodos de tempo e discriminação no trabalho (Paulos, 2009).

2.5 FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS

Existem múltiplos fatores de risco psicossocial referidos por diferentes autores. As dimensões de fatores risco e os fatores de risco que lhe estão na origem aqui apresentados foram baseados na proposta de Neto (2014), que adaptou as propostas de Cox e EU-OSHA.

Quadro 2 – Tipologia de fatores de risco psicossocial

Relações laborais	<p>Aumento da vulnerabilidade do mundo do trabalho num contexto de globalização - crises económicas, instabilidade do mercado de trabalho, liberalização da legislação laboral, <i>lean production</i>, <i>outsourcing</i>, etc.</p> <p>Relações laborais precárias – trabalho temporário, trabalho informal involuntário, prestação de serviços continuada, alienação laboral, desclassificação profissional, subretribuição, etc.</p> <p>Sentimento de insegurança e desvalorização no emprego – falta de perspectivas de emprego, carreira e desenvolvimento profissional.</p>
Ritmo e tempos de trabalho	<p>Sobrecarga de trabalho e/ou de responsabilidades, envelhecimento da força laboral, aumento dos horários de trabalho, trabalho por turno e intensificação dos ritmos de trabalho.</p>
Conteúdo e organização do trabalho	<p>Pouca autonomia e controlo das atividades, falta ou inadequação de equipamentos ou recursos de trabalho, reduzidas exigências intelectuais (subutilização de competências), impossibilidades de participação nos processos de tomada de decisão funcionais, trabalho repetitivo ou monótono e trabalho estático e condições ambientais de trabalho (ruído, vibrações, radiações, fraca iluminação, etc.</p>
Trabalho emocional	<p>Elevadas exigências afetivas e envolvimento emocional.</p>
Conciliação entre esferas da vida	<p>Dificuldades de conciliação entre vida profissional, pessoal e familiar e desrespeito das exigências de maternidade, paternidade e cuidado de pessoas dependentes.</p>
Igualdade no trabalho e emprego	<p>Discriminação no acesso a oportunidades, no tratamento e na retribuição (recrutamento, progressão na carreira, gap salarial).</p>
Relações sociais de trabalho	<p>Nível baixo ou elevado de conflito, existência de assédio moral, existência de assédio sexual e existência de violência no trabalho.</p>

Liderança e avaliação de desempenho	Liderança agressiva e falta de apoio, ambiguidade na definição de objetivos e funções, inexistência de sistema de avaliação de desempenho e instrumentalização de objetivos de desempenho.
Participação dos trabalhadores	Inexistência de mecanismos de consulta e participação, inexistência de estrutura de representação dos trabalhadores e fraca cultura negocial e estrutura de comunicação organizacional deficitária.
Saúde geral dos trabalhadores	Problemas de saúde não decorrentes do trabalho e consumo de substâncias psicoativas (álcool, drogas, etc.).

Fonte: Neto (2014)

2.6 CONSEQUÊNCIAS DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS

São muitos os autores que atestam e identificam as consequências dos Riscos Psicossociais no trabalho como muito negativas para a sociedade, empresas e saúde dos trabalhadores (Coelho, 2011).

Neto (2015) diz que os danos dependem do tipo de risco e das suas características. Pode provocar danos ao nível do trabalhador, dos equipamentos de trabalho e do funcionamento organizacional. As consequências identificadas na literatura são:

- a) Consequências organizacionais: absentismo, presentismo, turnover, despedimento, baixas médicas prolongadas, insegurança contratual, sentimento de falta de reconhecimento, sentimento de resignação e indiferença, falta de envolvimento e participação, fraco desempenho profissional, greves, reclamações de clientes e fornecedores, perda de clientes, queixas sobre condições de trabalho para entidades reguladoras, coimas e/ou recomendações normativas, diminuição da produção, deterioração da imagem da organização perante o exterior;
- b) Consequências individuais: irritação, cansaço, dificuldade de concentração, distúrbios de sono, angústia, agressividade, ansiedade, tristeza, depressão, infelicidade, desvinculação afetiva, comportamentos agressivos, suicídio, aumento de consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, drogas, etc.), problemas cardiovasculares, digestivos, respiratórios e musculares; desigualdade salarial, desigualdade de tratamento, desigualdade de oportunidades de acesso à carreira e desenvolvimento profissional, dificuldades de conciliação entre

esferas de vida, desorganização da vida pessoal e familiar, degradação do clima social de trabalho, insatisfação com o trabalho, conflitos e desconfianças face a chefias e colegas de trabalho.

2.7 RISCOS PROFISSIONAIS EM CONTEXTO DE TRABALHO HOSPITALAR

O Hospital é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (Rodrigues, Ginó, Sena & Dahlin, 2002).

Organização hospitalar

Chiavenato (1995) define uma organização como um sistema composto por atividades humanas aos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de atividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objetivos comuns.

De acordo com a definição anterior, a interdependência de uma organização e o seu meio envolvente são condicionantes essenciais, especialmente no caso das organizações de saúde, as quais estão sujeitas a numerosas e mutáveis influências, nomeadamente: demográficas e de mobilidade, económico-financeiras, sociais e culturais, legislativas, tecnológicas e funcionais.

A organização hospitalar é um sistema de elevada complexidade a vários níveis: organizacional, de gestão, de funcionamento, de interação com o meio envolvente externo, de relacionamento com a tutela e inter ou intra-serviços. A organização interna dos hospitais assenta em departamentos, serviços ou unidades que são agrupados em dois tipos: serviços de ação médica e os serviços de apoio e logística (Coelho, 2010). Esses serviços têm recursos humanos diversificados e altamente qualificados, maioritariamente femininos, com clientes diversificados e exigentes (Coelho, Zanelli & Tostes, 2016).

O estatuto jurídico dos hospitais portugueses mudou, entre 2005 e 2009, passando de instituições Sociedades Anónimas para Entidades Públicas Empresariais e emergem as Parcerias Públicas Privada embora todas integrantes do Sistema Nacional de Saúde. Falamos

neste acontecimento pois mudou a organização dos hospitais, sobretudo na área de recursos humanos, especialmente em relação aos vínculos contratuais.

A contratação de profissionais passou a ser por Contrato Individual de Trabalho (CIT) (Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro). A publicação do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP) (Lei n.º 59/2008 de 11 de setembro), veio impor a passagem de todos os Funcionário Públicos para o regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP), passando, assim a existir profissionais que realizam as mesmas tarefas, nos mesmos horários, com os mesmos problemas, mas com vínculos contratuais diferentes.

Neste momento, apesar dos sucessivos passos dados em matéria de harmonização de direitos e deveres, ainda persistem diferenças significativas, na duração da jornada de trabalho. Na instituição em estudo, existem profissionais com CIT a trabalhar 35 horas/semanais e outros com 40h/semanais, sendo que os que usufruem de CTFP trabalham 35h/semanais, têm segurança e estabilidade no trabalho, majoração de dias de férias por anos de serviço e ausência de possibilidade de progressão na carreira. São estas as grandes diferenças entre os contratos, sempre com maior vantagem para o CTFP em detrimento do CIT.

Riscos psicossociais dos profissionais de saúde

Segundo o Relatório intitulado “Occupational health and safety risks in the healthcare sector” publicado pelo Programa para o Emprego e Solidariedade Social na União Europeia (EC - European Commission, 2011, pp. 8) “cerca de 10% dos trabalhadores na União Europeia pertencem ao setor da saúde e bem-estar, e muitos deles trabalham em hospitais. Esses trabalhadores podem ser expostos a uma muito ampla variedade de riscos concomitantes (infecções, agentes químicos, agentes cancerígenos, lesões músculo-esqueléticas, acidentes, radiação, etc...).

Por uma questão de eficácia e economia as organizações devem apostar na prevenção em vez da reação, no quadro de uma atuação responsável.

Para se desenvolver qualquer sistema de gestão preventiva de riscos psicossociais no meio hospitalar, segundo Coelho (2010) este deve obedecer a um conjunto de aspetos que passam por: (i) definir uma política de prevenção de riscos psicossociais; (ii) Adaptar a estrutura organizacional da prevenção de risco psicossociais no hospital com a sua integração no serviço interno de prevenção; (iii) designar e o perfil do técnico especialista em riscos psicossociais; (iv) definir as unidades estruturais do Hospital que irão ser alvo de avaliação e de intervenção; (v) definir a metodologia (o processo, métodos e técnicas) de prevenção); (vi)

assegurar a participação dos interessados; (vii) ministrar formação em gestão preventiva de riscos psicossociais; (viii) definir o papel e as competências dos gestores para promoverem a prevenção de riscos psicossociais.

Por outro lado, o ciclo de gestão e controlo de riscos é visto como um processo onde os perigos são identificados, riscos analisados e geridos, e trabalhadores protegidos (Cox, Griffiths & Cox, 1996). Segundo estes autores, na gestão do stress, este ciclo de controlo compreende duas fases distintas: avaliação do risco e gestão do risco. A gestão do risco e o conceito de ciclo de controlo, além de oferecerem um modo eficaz de lidar com os perigos mais tangíveis relativos ao trabalho, são também efetivos em relação aos riscos psicossociais organizacionais (Cox & Cox, 1993).

No quadro na Comissão Europeia foi criado um Comité Consultivo para o estabelecimento de Boas práticas de Prevenção ao nível da saúde ocupacional nos Hospitais (EC, 2011) o qual identificou como riscos gerais (profissionais e psicossociais) mais significativos para o sector: os agentes biológicos, os distúrbios músculo-esqueléticos; distúrbios psicossociais e agentes químicos. Segundo Janz, citado por Faria (2008), os fatores de risco psicossocial em contexto hospitalar para o caso dos enfermeiros provêm sobretudo dos tipos de stress a que estão sujeitos, nomeadamente a sobrecarga de trabalho associada à pressão no tempo, o contacto constante com o sofrimento, a morte, e o trabalho por turnos. No relatório supracitado (EC, 2011) é referido um estudo em que 15,6% dos enfermeiros na Europa pensam frequentemente e seriamente (várias vezes ao mês) em deixarem a profissão mais cedo. Mais, o estudo refere que não é a profissão em si mesma que conduz a este resultado, mas sim, a qualidade do trabalho e ambiente organizacional.

De acordo com a Comissão Europeia os fatores de risco psicossociais podem surgir entre todos os grupos profissionais no setor da saúde, incluindo enfermeiros, médicos, técnicos operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Os riscos psicossociais mais conhecidos são: a pressão do tempo; estruturas hierárquicas rígidas; falta de gratificação e recompensa; liderança de pessoal inadequada; falta de informações pertinentes; falta de apoio de pessoal de gestão; cargas relacionadas com o trabalho (trabalho por turnos, trabalho noturno, irregulares horas de trabalho); conflitos sociais, assédio, intimidação, violência e discriminação; dificuldades no campo da comunicação e interação, incluindo a falta de compreensão da linguagem corporal e organização do trabalho que não é ideal (regime da horário de trabalho).

Como já foi referido anteriormente, o stress ocupacional é um dos riscos psicossociais que mais afeta os trabalhadores. Segundo Steffen (2008), são múltiplos os fatores de *stress* nas organizações de saúde que afetam direta e diariamente o bem-estar dos profissionais,

nomeadamente, as longas jornadas de trabalho, o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição do profissional a riscos biológicos, químicos e físicos, o permanente contato com o sofrimento e mesmo com a morte.

Segundo Paulos (2009) as profissões ligadas ao setor da saúde são vulneráveis ao stress, pois têm de recolher, processar, armazenar e transportar informação complexa, informação esta que varia consoante o estado de saúde do doente (exigências cognitivas). Também a responsabilidade, a incerteza, a pressão temporal e o lidar com o sofrimento e com a morte (exigências emocionais) contribuem para o desgaste mental destes trabalhadores.

Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), num estudo sobre *stress* ocupacional em enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, tendo como objetivo avaliar as fontes de *stress*, o *burnout*, os problemas de saúde física, a satisfação e a realização profissional, obteve resultados que apontaram para maiores problemas de *stress* e reações mais negativas ao trabalho nas mulheres, nos enfermeiros mais novos e com menor experiência, nos trabalhadores com contratos a prazo, nos profissionais que realizam trabalho por turnos e nos que trabalham mais horas.

Gomes (2014), realizou um estudo onde analisou o stress ocupacional em profissionais de saúde, pertencentes às classes profissionais dos médicos e enfermeiros, a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região do norte de Portugal e no qual foram avaliadas as fontes de *stress*, o *burnout*, o comprometimento organizacional e a satisfação e realização pessoal e profissional. Os seus resultados apontaram para avaliações gerais de *stress* mais elevadas nos médicos do que nos enfermeiros, em valores de *burnout* semelhantes em ambas as classes e uma maior insatisfação pessoal e profissional nos enfermeiros. As análises comparativas indicaram diferenças nas duas classes profissionais nas escalas de medida usadas e apresentaram também diferenças nas variáveis sexo, estado civil, vínculo profissional e tipo de contrato de trabalho na perceção de stress ocupacional. As análises de regressão, apontaram o papel do stress e do burnout na explicação do comprometimento organizacional e da satisfação/realização pessoal e profissional.

Biksegn, Kenfe, Matiwos e Eshetu (2016), num estudo sobre o *burnout*, realizado num hospital universitário e envolvendo profissionais de saúde, encontraram uma alta prevalência de *burnout*. Os fatores encontrados foram a insegurança no trabalho, a historia de doença física, a falta de interesse profissional, a qualidade da liderança, a preocupação em contrair doenças infecciosas ou físicas e a violência física ou moral.

Um estudo recente realizado no Irão, envolvendo uma amostra de 7 027 trabalhadores da área da saúde, de diferentes universidades, hospitais, clínicas e centros de saúde urbanos

e rurais, com o objetivo de descrever a condição psicossocial dos profissionais de saúde e a sua associação com um número de covariáveis, demonstrou que os enfermeiros apresentavam risco significativamente mais elevado, em todos os fatores psicossociais, comparativamente a outros profissionais de saúde. Afirmam também que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, estão mais sujeitos a fatores de risco psicossocial que os trabalhadores de outras áreas, porque estão presentes múltiplos fatores no ambiente laboral das instituições de saúde (Ghaffari, Alinaghizadeh, Ghalichi, Pournik & Vingard, 2017).

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação em geral é caracterizada por utilizar os conceitos, as teorias, a linguagem, as técnicas e os instrumentos com a finalidade de encontrar resposta aos problemas e interrogações que se levantam nos diversos âmbitos do trabalho (Reis, 2010).

Segundo o mesmo autor, a metodologia é a organização crítica das práticas de investigação que se desenrola desde a conceptualização, e que vai permitir chegar a conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos iniciais.

3.1 OBJETIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ao classificar uma investigação faz-se referência ao método a utilizar. Dependendo do problema formulado, deve permitir responder à questão de investigação, atingindo os objetivos propostos.

Neste estudo, pretendeu-se saber quais os fatores de risco psicossociais que mais afetam os profissionais da Instituição Hospitalar onde o mesmo foi desenvolvido, numa ótica de prevenção, pois ao identificar e localizar os riscos psicossociais, torna-se possível implementar medidas preventivas e/ou reparadoras. Para responder a esta questão de investigação foram indicados os seguintes objetivos:

- Avaliar os fatores de riscos psicossociais em ambiente de trabalho hospitalar;
- Analisar se a perceção dos riscos psicossociais varia em função das características sociodemográficas (idade e género) e socioprofissionais (serviço, grupo profissional, anos de serviço, tipo de vínculo e horário de trabalho) dos participantes.

Tendo por base os objetivos deste trabalho, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 – A perceção de riscos psicossociais varia em função do grupo etário dos participantes.

Hipótese 2 - A perceção de riscos psicossociais, varia em função do género dos participantes.

Hipótese 3 - A percepção de riscos psicossociais, varia em função do Serviço onde os participantes trabalham.

Hipótese 4 - A percepção de riscos psicossociais, varia em função do grupo profissional a que os participantes pertencem.

Hipótese 5 - A percepção de riscos psicossociais, varia em função do tempo de serviço dos participantes.

Hipótese 6 - A percepção de riscos psicossociais, varia em função do tipo de vínculo profissional dos participantes.

Hipótese 7 - A percepção de riscos psicossociais, varia em função horário de trabalho (fixo versus por turnos).

Considerando o problema de investigação, os objetivos e as hipóteses, considerou-se o tipo de estudo como Descritivo-Correlacional, pois segundo Fortin (2000) neste tipo de estudo o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. É utilizada uma abordagem quantitativa, permitindo assim a realização de um estudo com grandes amostras representativas, sendo os dados recolhidos a partir dos inquiridos, sob a forma de questionários (Reis, 2010). Os objetivos da investigação quantitativa, como referem Carmo e Ferreira (1998), visam essencialmente encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos e testar teorias.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para enquadrar a população do nosso estudo é necessário falar da Instituição de Saúde na qual a nossa população trabalha.

O Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) é um hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo. Em 2007, através do Decreto-Lei n.º 50-A/2007, tornou-se Entidade Pública Empresarial (EPE) e com a publicação da Portaria nº 117/2008 veio formalizar-se a sua classificação como Hospital Central.

A área de influência direta abrange 159 mil habitantes, pertencendo ao Alentejo Central e indiretamente cerca de 329 mil habitantes, correspondentes ao Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral.

A atividade hospitalar centra-se no Internamento, Consultas Externas, Urgência, Hospital de dia (Pediatria e Oncologia) e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's).

Adicionalmente, o HESE presta, de acordo com o previsto nos documentos da Rede de Referência Hospitalar do SNS, a oferta de cuidados de saúde diferenciados para toda a região do Alentejo, nomeadamente, nas seguintes valências: Pneumologia, Neonatologia, Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Hematologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Imunohemoterapia, Anatomia Patológica, Nefrologia, Gastroenterologia, Patologia Clínica, Oncologia, Radioterapia e Hemodinâmica (HESE, 2016).

Importa também referir que as Instalações desta Instituição são compostas por três edifícios:

- Um de tipo conventual, propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Évora, mais antigo, com mais de 500 anos, onde funcionam Serviços Administrativos e de apoio, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e o Ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.
- Acoplado ao anterior, inaugurado em 1975, o edifício do Espírito Santo, onde funciona a maioria dos serviços de Internamento, o Núcleo de Exames Especiais, a Urgência Geral e Pediátrica, o Bloco Operatório, a Unidade de Cuidados Intensivos, a Cirurgia de Ambulatório, a Unidade de Convalescença, o Serviço de Patologia Clínica e a Imagiologia.
- O edifício do Patrocínio, separado dos anteriores por uma Estrada Nacional, onde funcionam os Internamentos das Medicinas e Psiquiatria, o Serviço de Imunohemoterapia, a Neurologia, o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação, o Serviço Social e Gabinete do Utente, as Consultas Externas, a Unidade de Radioterapia, a Oncologia, o Serviço de Gestão de Doentes, o Arquivo e a Cozinha.
- Em edifícios anexos a estes funcionam ainda os Serviços de Nefrologia, de Anatomia Patológica, o de Segurança e Saúde no Trabalho, os serviços Farmacêuticos e a Lavandaria.

Esta instituição, preconiza como objetivos, a contribuição para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o setor social e privado, o garantir a humanização dos cuidados e dos direitos dos utentes, melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços, melhorar a eficiência técnica e económica, melhorar a

qualidade dos cuidados e da organização dos serviços, valorizar o capital humano e otimizar a utilização das tecnologias da informação e comunicação.

Para tal, definiu a sua missão e visão. Assim, a missão do HESE, sendo um Hospital público geral, integrado na rede do SNS da Região Alentejo, é desenvolver a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, segundo as exigências de desempenho técnico-científico, de qualidade e humanizados, reconhecidas como adequadas à manutenção e restabelecimento da qualidade de vida dos seus utentes, promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

Relativamente à sua visão, pretende a instituição, dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados da população que serve, alcançar o estatuto de Unidade de Saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional e com uma estrutura física e organizacional racional. Deseja especialmente uma clara articulação com os outros hospitais da Região e com os Cuidados de Saúde Primários, desempenhando o papel de Hospital Central no Alentejo. Pretende alcançar a médio prazo o estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica (HESE, 2016).

A população do estudo foi constituída pelos profissionais de saúde do Hospital Espírito Santo de Évora EPE., que segundo o mapa de pessoal disponibilizado pela Instituição a 31 de maio de 2016 era de 1439 profissionais (Quadro 3).

Quadro 3 – População e amostra (respondentes) por grupo profissional.

Grupo Profissional	Nº Profissionais	Nº Respondentes	% Respostas
Assistente Operacional	339	21	6,19%
Assistente Técnico	146	30	20,55%
Dirigente Intermédio	12	5	41,67%
Dirigente Superior	4	0	0,00%
Docente	3	0	0,00%
Enfermagem	474	100	21,10%
Médico	290	35	12,07%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	123	22	17,89%
Técnico Superior	36	16	41,67%
Total	1439	229	15,91%

Todos os profissionais foram convidados a participar, voluntariamente, no estudo através da intranet da própria Instituição. A amostra foi constituída pelos 229 profissionais que responderam ao questionário, ou seja, 15,91% da totalidade dos profissionais.

Assim sendo, segundo Marôco (2014), o tipo de amostragem foi não probabilístico acidental, casual ou conveniente, pois neste tipo de amostra os elementos são selecionados por voluntariado.

3.3 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Face às hipóteses formuladas e ao enquadramento teórico deste estudo foram definidos dois tipos de variáveis, tendo em consideração as suas características:

- Variável dependente: os fatores de risco psicossociais;
- Variáveis independentes: variáveis sociodemográficas (idade e género) e variáveis socioprofissionais (serviço, grupo profissional, tempo de serviço, tipo de vínculo, horário de trabalho).

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS NA RECOLHA DE DADOS

Antes da colheita de dados, fizeram-se algumas diligências com o objetivo da realização do estudo. Foi efetuado, ao Conselho de Administração da Instituição, um pedido de autorização para a realização da investigação e aplicação do questionário, concretizado através do envio de carta, a qual continha igualmente o consentimento informado e o questionário (anexo I e III). Os documentos foram avaliados pela comissão de ética da instituição, que deu parecer positivo para a sua aplicação.

3.5 DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Freixo (2010), o questionário é o instrumento mais usado para a recolha de informação. A este facto não serão alheias as circunstâncias desta ferramenta, a qual permite recolher, ao mesmo tempo, informação relativa a um elevado número de respondentes, baixos custos e facilidade de sistematização e análise dos resultados fornecidos. Por este conjunto de razões, a escolha para este estudo recaiu sobre um questionário testado e validado para a população portuguesa.

Como já foi explanado anteriormente, para a promoção da saúde no local de trabalho é imprescindível minimizar os riscos para a saúde causados por sobrecargas psicossociais inerentes ao trabalho. Para isto é necessário a adoção de um conjunto de metodologias e instrumentos capazes de recolher este tipo de informação (Nübling, Stößel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2006).

O questionário como instrumento de recolha de dados foi dividido em partes, sendo elas:

- Apresentação da Investigação e a garantia do anonimato e confidencialidade das respostas;
- *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (questionário de autoavaliação dos riscos psicossociais), segunda versão do instrumento (COPSOC II) versão média, adaptado por Carlos Fernandes da Silva e colegas em 2012.
- Questões Sociodemográficas e Socioprofissionais.

A 30 de maio de 2016, o questionário foi disponibilizado, como formulário, numa pagina web do *Google drive*, tendo sido criado um *link* na intranet do Hospital para facilitar o acesso dos Profissionais ao mesmo. Decorrido um mês e devido à escassez de respostas, passámos o questionário para suporte papel e entregámos pessoalmente nos serviços. Foram recolhidos os últimos questionários a 30 de julho de 2016.

Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II) versão média Portuguesa

Com o intuito de criar um instrumento válido e confiável para avaliação dos fatores psicossociais laborais, surgiu o Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ desenvolvido no Danish National Institute of Occupational Health (NIOH). O instrumento teve com objetivos:

- poder ser utilizado a diferentes níveis;
- melhorar a comunicação entre investigadores, profissionais de saúde ocupacional e locais de trabalho;
- tornar possível a comparação a nível nacional e internacional;
- melhorar os questionários dos fatores psicossociais do trabalho;
- melhorar e facilitar a avaliação e intervenção nos locais de trabalho e facilitar a operacionalidade de teorias e conceitos complicados (Kristensen, 2002).

O COPSOQ II tenta lidar com a amplitude do constructo “fatores psicossociais”, mediante a aplicação de uma abordagem multidimensional (Silva *et al.*, 2012) e destina-se a cobrir as necessidades gerais envolvidas na abrangência do conceito de “stress no trabalho”.

O COPSOQ é um instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação de muitas das mais relevantes dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral como exigências quantitativas, cognitivas, emocionais, sensoriais ou para esconder emoções (Silva et al., 2012). Apesar da sua consistência, em 2007, o questionário foi reformulado de modo a enquadrar importantes aspetos como as recompensas, a justiça e confiança passando a designar-se COPSOQ II. O COPSOQ II tentou responder a esta limitação com base na experiência prática obtida no terreno com a aplicação do COPSOQ I (Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010).

O COPSOQ II atualmente compreende três versões distintas: uma versão curta (23 escalas e 40 perguntas), visando a autoavaliação dos trabalhadores ou a aplicação em locais de trabalho com menos de 30 trabalhadores; uma versão média (28 escalas e 87 perguntas), destinada ao uso por profissionais de saúde ocupacional, nomeadamente na avaliação de riscos, planificação e inspeção; e uma versão longa (41 escalas e 128 perguntas) para fins de investigação. Segundo Kristensen et al. (2005), a versão média inclui somente aquelas dimensões psicossociais com evidência epidemiológica de relação com a saúde. Todas as versões apresentam dimensões que medem indicadores de exposição (fatores de riscos psicossociais) e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e stress).

O COPSOQ II foi adaptado, validado e aferido à população portuguesa, como um instrumento para avaliação dos riscos psicossociais, após a autorização e cedência de materiais pelos autores da versão original. Pretende-se com a sua aplicação, a dinamização da avaliação dos fatores de risco psicossociais emergentes, disponibilizando dados para referência nacional e encorajando a futuros estudos nesta área promovendo a identificação de grupos vulneráveis e tipologias eficazes de intervenção (Silva et al., 2012). Estudos desenvolvidos nesta área em que foi também aplicado o COPSOQ II, mostraram que os dados fornecem evidências da validade do instrumento. Os autores defendem o contributo deste instrumento para a elaboração de estratégias preventivas nas empresas, através de ações preventivas para cada uma das dimensões (Moncada, Llorens, & Kristensen, 2002). Silva e colegas (2014), realizaram procedimentos de adaptação semântica e avaliação da compreensibilidade e pertinência das questões de acordo com a realidade laboral portuguesa, ficando a versão média constituída por 76 questões agrupadas em 29 escalas. As questões das três versões do COPSOQ II na versão portuguesa são avaliadas numa escala tipo *Lykert* de 5 pontos sendo estes: 1 – Sempre/ quase sempre; 2 – Frequentemente; 3 – Às vezes; 4 – Raramente; 5 – Nunca/quase nunca; ou 1 – Extremamente; 2 – Muito; 3 – Moderadamente; 4 – Um pouco; 5 – Nada/quase nada. Assim, cada questão pode ser cotada de 1 a 5 pontos. As únicas questões invertidas na versão média são a 42 e 45.

De modo a facilitar a interpretação dos dados, e como preconizado pelos autores Kristensen, Hannerz, Hogh e Borg (2005) e Moncada, Llorens, Navarro e Kristensen (2005), agrupamos as escalas em 8 dimensões, sete correspondem a fatores de risco psicossocial (exigências laborais, organização do trabalho e conteúdo, relações sociais e liderança, interface trabalho-indivíduo, valores no local de trabalho, personalidade e comportamentos ofensivos) e uma dimensão que reflete as consequências (saúde e bem-estar). No Quadro 4, apresentamos as dimensões, as suas escalas e os itens para cada escala.

Quadro 4 – Dimensões, escalas e itens.

Exigências Laborais	
Escalas	Itens
Exigências quantitativas	1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída? 2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho? 3. Precisa fazer horas-extra?
Ritmo de trabalho	4. Precisa trabalhar muito rapidamente?
Exigências cognitivas	5. O seu trabalho exige a sua atenção constante? 6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias? 7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?
Exigências emocionais	8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?
Organização do trabalho e Conteúdo	
Escalas	Itens
Influência no trabalho	9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho? 10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha? 11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si? 12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?
Possibilidades de desenvolvimento	13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa? 14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas? 15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?
Significado do trabalho	51. O seu trabalho tem algum significado para si? 52. Sente que o seu trabalho é importante? 53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?

Compromisso face ao local de trabalho	54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho? 55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?
--	---

Relações Interpessoais e Liderança

Escalas	Itens
Previsibilidade	16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro? 17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?
Transparência do papel laboral desempenhado	18. O seu trabalho apresenta objetivos claros? 19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades? 20. Sabe exatamente o que é esperado de si?
Recompensas (Reconhecimento)	21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência? 22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o? 23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?
Conflitos laborais	24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam, mas outros não? 25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira? 26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?
Apoio social de colegas	27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho? 28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? 29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?
Apoio social de superiores	30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? 31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato? 32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?
Comunidade social no trabalho	33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas? 34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho? 35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?
Qualidade da liderança	Em relação à sua chefia direta até que ponto considera que...

	<p>36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?</p> <p>37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?</p> <p>38. É bom no planeamento do trabalho?</p> <p>39. É bom a resolver conflitos?</p>
--	--

Valores no local de Trabalho

Escalas	Itens
Confiança horizontal	<p>40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?</p> <p>41. Os funcionários ocultam informação à gerência?</p> <p>42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?</p>
Confiança vertical	<p>43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?</p> <p>44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?</p> <p>45. A gerência oculta informação aos seus funcionários?</p>
Justiça e respeito	<p>46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?</p> <p>47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?</p> <p>48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?</p>

Personalidade

Escalas	Itens
Autoeficácia	<p>49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.</p> <p>50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objetivos.</p>

Interface Trabalho- Indivíduo

Escalas	Itens
Satisfação no trabalho	<p>Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...</p> <p>56. As suas perspetivas de trabalho?</p> <p>57. As condições físicas do seu local de trabalho?</p> <p>58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?</p> <p>59. O seu trabalho de uma forma global?</p>
Insegurança Laboral	<p>60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?</p>

Conflito trabalho/ família	<p>62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?</p> <p>63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?</p> <p>64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?</p>
-----------------------------------	--

Saúde e Bem-Estar

Escalas	Itens
Saúde Geral	61. Em geral, sente que a sua saúde é:
Problemas em dormir	<p>65. Dificuldade a adormecer?</p> <p>66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?</p>
<i>Burnout</i>	<p>67. Fisicamente exausto?</p> <p>68. Emocionalmente exausto?</p>
<i>Stress</i>	<p>69. Irritado?</p> <p>70. Ansioso?</p>
Sintomas depressivos	<p>71. Triste?</p> <p>72. Falta de interesse por coisas quotidianas?</p>

Comportamentos ofensivos

Escala	Itens
<i>Bullying</i>	<p>73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?</p> <p>74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?</p> <p>75. Tem sido exposto a ameaças de violência?</p> <p>76. Tem sido exposto a violência física?</p>

3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Depois de reunirmos os inquéritos respondidos, os dados foram inseridos na folha de cálculo *Excel*, versão 2013 e depois esse ficheiro foi importado para o *software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS)*, versão 21.0 para o *Windows*.

Iniciámos a análise de dados, para a descrição da nossa amostra calculando estatísticas descritivas simples (frequências e percentagens) bem como medidas de tendência central (Média) e medidas de dispersão (Desvio-padrão), para caracterização da amostra.

Procedemos à recodificação das duas questões invertidas, a 42 e a 45.

Tendo em conta o que recomenda Silva *et al.* (2012), a análise dos resultados do COPSOC II pressupõe a interpretação fator a fator, devendo ser calculadas as médias das questões de cada fator, assumindo a interpretação desse valor sentidos distintos de acordo com o fator em causa. Ou seja, para um fator, por exemplo, possibilidades de desenvolvimento, o valor 4 (Raramente ou um pouco) é uma situação de risco para a saúde, enquanto que esse mesmo valor para a insegurança laboral representa uma situação favorável para a saúde. Assim e de modo a facilitar a comparação de todas as escalas, estes valores serão igualmente invertidos para que todas as escalas se encontrem com um significado coerente. Todas as escalas ficaram com o sentido em que a média mais alta corresponde a risco para a saúde.

A média de cada fator deverá ser situada em *tercis*, através da análise das tabelas de frequência, com os pontos de corte 2,33 e 3,66. Irá ser obtida uma divisão tripartida, que mede o impacto para a saúde, assumindo do 0 a 2,33 a cor verde (situação favorável para a saúde), do 2,34 ao 3,65 a cor amarela (situação intermédia) e do 3,66 ao 5 a cor vermelha (situação de risco para a saúde). A pontuação final de cada escala é obtida através da média das pontuações das respostas dessa escala e assim se procede também para as dimensões.

Tivemos necessidade de analisar as qualidades psicométricas do questionário (COPSOC II). De modo a verificar a fiabilidade das escalas e dimensões utilizadas, calculou-se o *coeficiente alfa de Cronbach*, para as 76 questões do COPSOC II obtendo-se o valor de 0,80, o que demonstra ter uma fiabilidade apropriada, pois o α é superior a 0,7 (Nunnally, 1978 cit in Marôco & Garcia-Marques, 2006). No Quadro 5 apresentamos os coeficientes *alfa de Cronbach*, encontrados no nosso estudo para as diferentes escalas, assim como, para comparação, os coeficientes *alfa de Cronbach* determinados pelos autores do questionário da versão portuguesa. Pode-se observar que os valores de *alfa de Cronbach* variam entre 0,60 e 0,88, à exceção das escalas exigências cognitivas e possibilidade de desenvolvimento.

Quadro 5 – Fiabilidade interna das escalas

Escalas	Nº de questões	Coeficiente alfa de Cronbach	
		Estudo atual	Estudo de Silva et al. (2012)
Exigências quantitativas	3	0,63	0,63
Ritmo de trabalho	1	*	*
Exigências cognitivas	3	0,51	0,60
Exigências emocionais	1	*	*
Influência no trabalho	4	0,70	0,70
Possibilidades de desenvolvimento	3	0,48	0,76
Previsibilidade	2	0,71	0,72
Transparência de papel	3	0,65	0,76
Recompensas	3	0,83	0,82
Conflitos laborais	3	0,67	0,67
Apoio social de colegas	3	0,67	0,71
Apoio social de superiores	3	0,89	0,87
Comunidade social no trabalho	3	0,84	0,85
Qualidade da liderança	4	0,87	0,90
Confiança horizontal	3	0,71	0,29**
Confiança vertical	3	0,66	0,20**
Justiça e respeito	3	0,81	0,79
Autoeficácia	2	0,60	0,67
Significado do trabalho	3	0,71	0,82
Compromisso face ao local de trabalho	2	0,60	0,61
Satisfação no trabalho	4	0,88	0,82
Insegurança laboral	1	*	*
Saúde Geral	1	*	*
Conflito trabalho-família	3	0,90	0,86
Problemas em dormir	2	0,87	0,84
<i>Burnout</i>	2	0,87	0,83
<i>Stress</i>	2	0,83	0,73
Sintomas depressivos	2	0,80	0,80
Comportamentos Ofensivos	4	0,80	0,78

* Não é possível calcular o α de Cronbach uma vez que a escala é constituída por uma única questão.

** no nosso estudo calculou-se o α de Cronbach com as questões 42 e 45 recodificadas.

Conforme atrás referido, de modo a podermos, com mais clareza, extrair resultados do nosso estudo, as diferentes escalas foram agrupadas em 8 dimensões. Assim no Quadro 6 podemos verificar a consistência destas dimensões por análise dos *Alfas* de *Cronbach*, onde se pode constatar que todas as dimensões apresentam valores superiores ou iguais a 0,60 à exceção da interface trabalho-indivíduo. No Quadro 6, encontramos as médias e desvio-padrão para o conjunto das dimensões criadas a partir das diferentes escalas, sendo que a média da dimensão comportamentos ofensivos, salienta-se das demais no sentido positivo, apresentando o valor mais baixo (1,39).

Quadro 6 - Coeficiente alfa de Cronbach para as dimensões.

Dimensões	Nº de questões	Coeficiente alfa de Cronbach
Exigências laborais	8	0,71
Organização do trabalho e conteúdo	12	0,77
Relações sociais e liderança	21	0,86
Interface trabalho-indivíduo	8	0,38
Valores no local de trabalho	12	0,61
Personalidade	2	0,60
Comportamentos ofensivos	4	0,80
Saúde e bem-estar	9	0,86

Quadro 7 - Média e desvio padrão das dimensões em estudo

Dimensões	Média	Desvio padrão
Exigências laborais	3,49	0,53
Organização do trabalho e conteúdo	2,59	0,53
Relações sociais e liderança	2,44	0,45
Interface trabalho-indivíduo	3,04	0,70
Valores no local de trabalho	2,76	0,39
Personalidade	2,40	0,67
Comportamentos ofensivos	1,39	0,61
Saúde e bem-estar	3,04	0,78

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $p=0,05$, ou seja, com um intervalo de confiança de 95%.

Para a utilização de testes paramétricos é exigida a verificação de duas condições: que a variável dependente tenha uma distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações (Marôco, 2014).

Assim, para o estudo na normalidade, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para amostras com mais de 50 observações, o teste de *Shapiro-Wilk* para amostras com menos de 50 observações e para se testar a homogeneidade de variâncias, o teste de Levene (Marôco, 2014).

O resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, permite-nos concluir que, com uma probabilidade de erro de 5%, as únicas variáveis independentes com distribuição normal, tendo em conta a amostra global, são a dimensão “Relações sociais e liderança” ($p=0,200$) e a dimensão “Saúde e bem-estar” ($p=0,200$).

Como as outras dimensões, para uma probabilidade de erro de 5%, não apresentam distribuição normal, optou-se por utilizar testes não-paramétricos já que estes não têm pressupostos de normalidade.

Utilizaram-se os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney (comparação de funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes) para $\alpha=0,05$ e de Kruskal-Wallis (para comparação de duas ou mais variáveis pelo menos ordinais observadas em duas ou mais amostras independentes), seguido da comparação múltipla das médias das ordens, com descrito em Marôco (2014). Foi usada uma probabilidade de erro de tipo I (α) de 0,05.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Iniciamos esta análise com uma caracterização dos profissionais respondentes ao questionário no que respeita à idade, género, serviço, grupo profissional, tempo de serviço, tipo de vínculo, horário de trabalho.

Idade

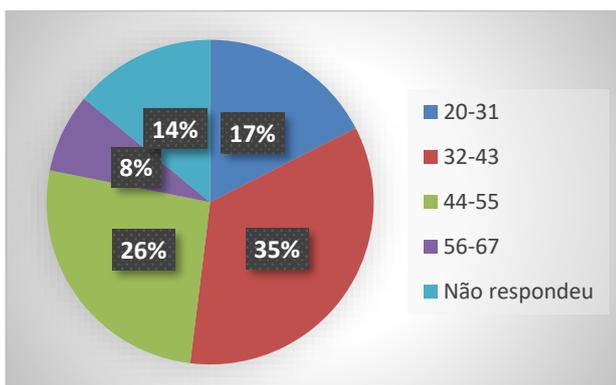
A média de idades dos profissionais, que respondeu ao questionário, foi de 41,30 anos, sendo que, 50% dos respondentes tem até 39 anos, com um mínimo de 21 anos e um máximo de 66 anos. O desvio padrão foi de 9,85. Verificou-se a existência de uma grande dispersão dos dados (Quadro 8).

Quadro 8 – Distribuição dos profissionais por idade.

N	Válido	197
	Ausente	32
Média		41,30
Mediana		39,00
Desvio Padrão		9,856
Mínimo		21
Máximo		66

Posteriormente, esta variável foi categorizada em 4 grupo etários, como mostra o Gráfico 1. A análise dos resultados mostra que 45% dos profissionais encontrando-se no grupo etário dos 32 aos 43 anos, seguindo-se o grupo etário dos 44 aos 55 com 26%. Estes dois grupos representam 61% dos respondentes, sendo que 14% não respondeu.

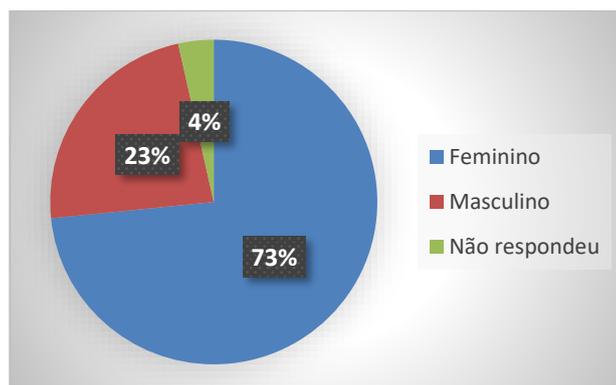
Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais por grupo etário



Gênero

Como é possível verificar pelos valores do gráfico 2, as mulheres representam quase $\frac{3}{4}$ da amostra.

Gráfico 2 – Distribuição de profissionais por gênero.



Serviço

O serviço com mais respondentes foi a Cirurgia com 17,6 %, seguindo-se a Medicina 2 com 7,7%. Os serviços de Medicina 1 e Urgência correspondem a 7,2% dos profissionais que responderam. No gráfico 3 podem ainda ser observados todos os serviços onde trabalham os profissionais que responderam ao questionário. Foram 7 os profissionais que não responderam a esta questão (3,1%).

Devido à grande dispersão de participantes por serviço, foram realizados agrupamentos com base no organograma do hospital. 71% dos profissionais pertencem aos serviços clínicos - ação médica (Gráfico 4).

Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais por serviço.

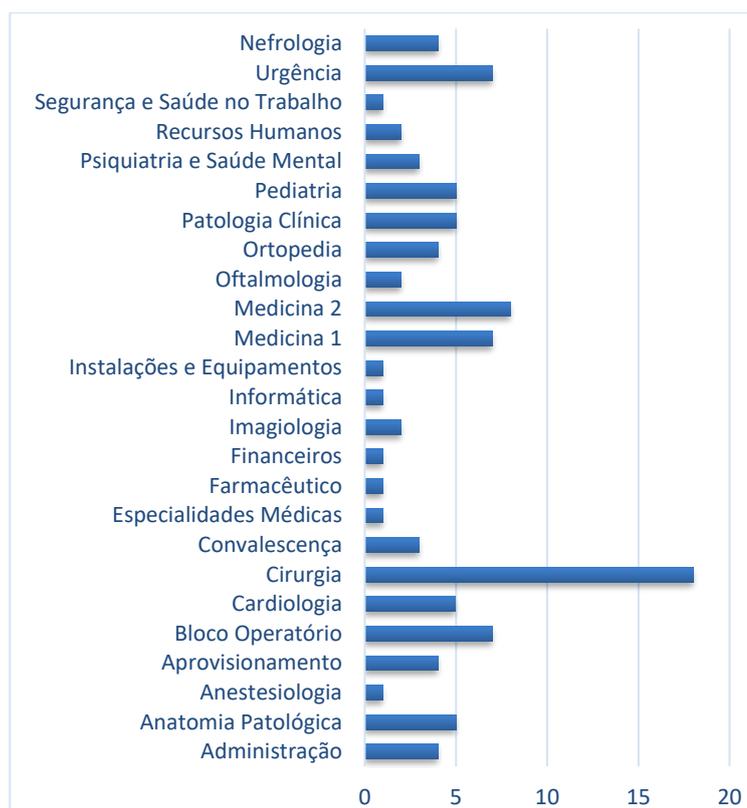
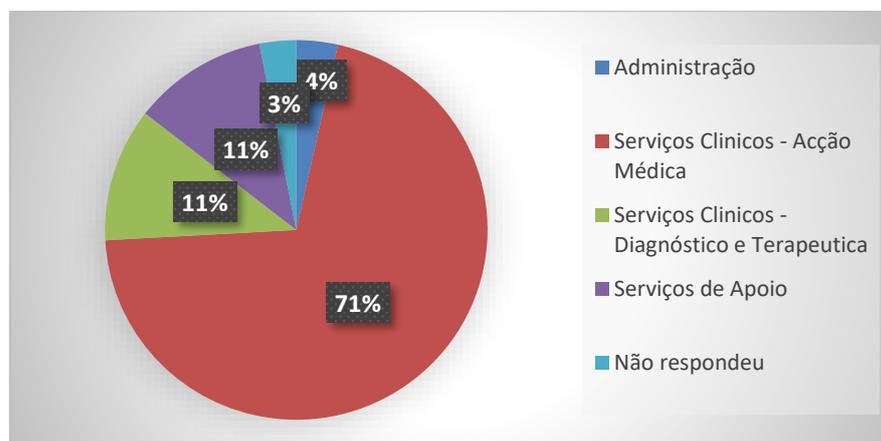


Gráfico 4 – Distribuição de profissionais por serviços reagrupados.



Grupo profissional

Como era espectável o grupo profissional com mais respondentes foi o dos enfermeiros (44%), seguindo-se os médicos (15%) e os assistentes técnicos (13%) (Quadro 9).

Quadro 9 - Distribuição dos profissionais por grupo profissional.



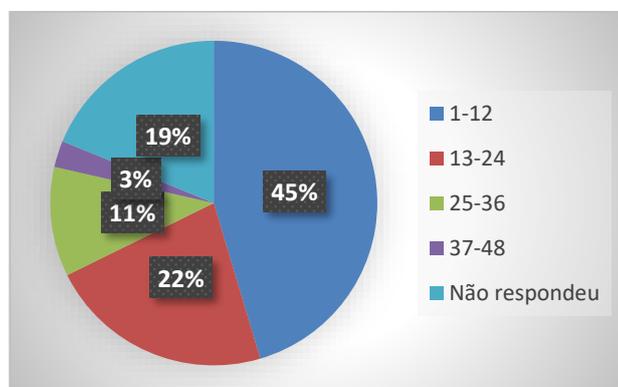
Tempo de serviço na Instituição

A análise do Quadro 10, permite observar que a média de anos de serviço é de 14,67 e que 50% dos respondentes trabalham há mais de 11 anos e meio. É de realçar que o tempo mínimo de serviço é 1 ano e o máximo é 46 anos. 43 dos profissionais não responderam a esta questão.

Quadro 10 – Distribuição dos profissionais por tempo de serviço na Instituição.

N	Válido	186
	Ausente	43
Média		14,67
Mediana		11,50
Desvio Padrão		9,904
Mínimo		1
Máximo		46

Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais segundo tempo de serviço.

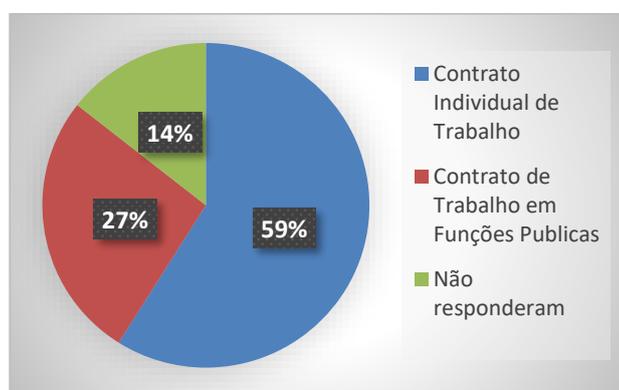


Verifica-se ainda que, a grande maioria, 45% dos profissionais, tem tempo de serviço compreendido entre os 1 e os 12 anos. É de notar que 43 profissionais (18,8 %) não responderam a esta questão (Gráfico 5).

Tipo de vínculo

Só são identificados dois tipos de vínculo à instituição. O contrato individual de trabalho, 59%, correspondendo a maioria dos profissionais respondentes e o contrato de trabalho em funções públicas, com 27%. É de referir que 14% não respondeu (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição dos profissionais por tipo de vínculo com a Instituição.



No Quadro 11 podemos verificar que os profissionais mais novos, dos 20 aos 43 anos, possuem contrato individual de trabalho e os profissionais com idades entre os 44 aos 67 têm contrato de trabalho em funções públicas.

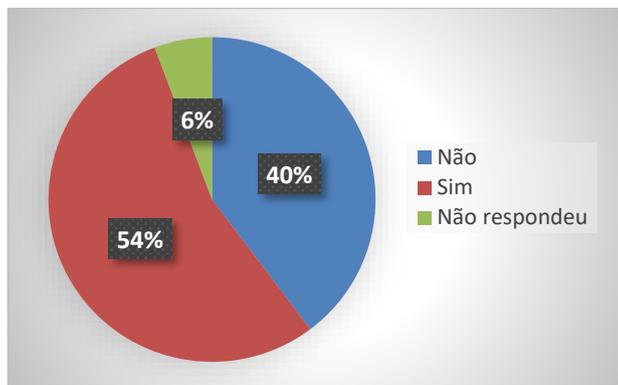
Quadro 11 – Grupo etário/Vínculo profissional

		Vínculo ao Profissional			
		Contrato Individual de Trabalho	Percentagem	Contrato de Trabalho em Funções Públicas	Percentagem
Grupo etário	20-31	34	28%	2	3%
	32-43	66	54%	9	16%
	44-55	18	15%	35	60%
	56-67	5	4%	12	21%
Total		123	100%	58	100%

Horário de trabalho

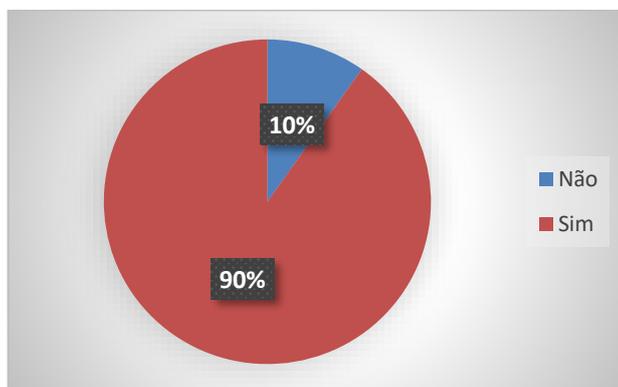
O questionário, na secção dos dados sociodemográficos e socioprofissionais, contém várias perguntas relativamente ao horário de trabalho. Apresentamos de seguida um resumo estatístico das respostas dadas.

Gráfico 7 – Resposta à questão 10. Trabalha por turnos?



Analisando o Gráfico 7, concluímos que 40% dos profissionais trabalham por turnos, enquanto que 54% tem horário fixo. Dos que trabalham por turno, 90% faz o turno da noite e 10% não faz noites (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Resposta à questão 11. Faz o turno da noite?



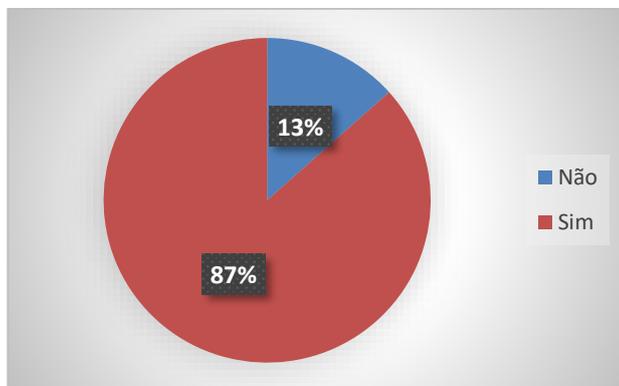
48 profissionais afirmam que trabalham 5 noites por mês (Quadro 12).

Quadro 12 - Resposta à questão 12. Quantas noites faz por mês?

		Número de noites mensais
N	Válido	96
Média		5,46
Mediana		5,00
Desvio Padrão		1,989

Quando questionados, se sentiam consequências físicas e emocionais por trabalhar por turnos, a larga maioria dos participantes responde positivamente (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Resposta à questão 13. Sente consequências físicas e emocionais por trabalhar por turnos?



A maioria dos profissionais trabalha mais horas para além do seu horário de trabalho (48%) (Gráfico 10). Quem respondeu sim, ou às vezes (29%), responde que são todos os dias, 35% refere uma vez por semana e 36% diz que é 2 ou 3 vezes por semana (Gráfico 11).

Gráfico 10 - Resposta à questão 14. Costuma trabalhar mais horas para além do seu horário de trabalho?

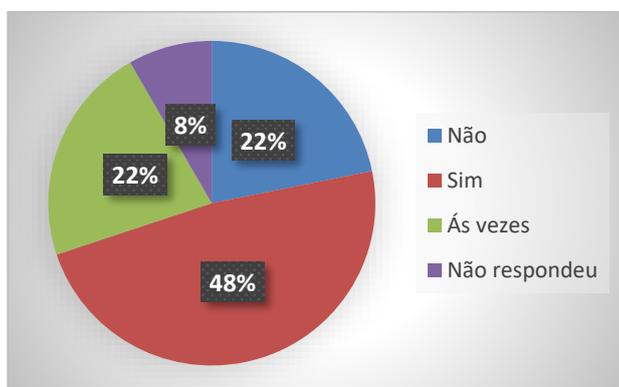
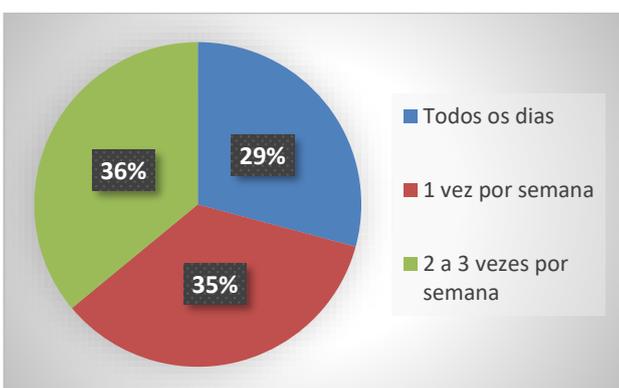
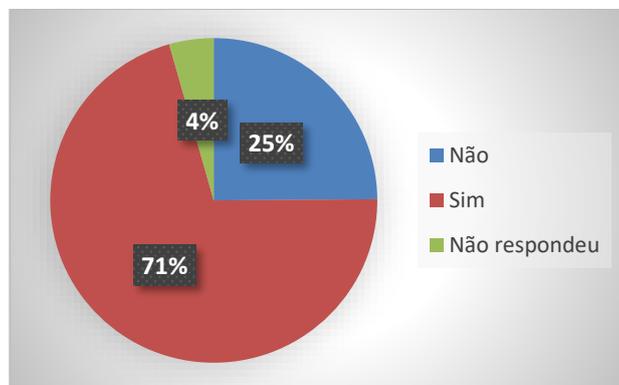


Gráfico 11 - Resposta à questão 15. Com que frequência trabalha para além do seu horário de trabalho?



Por último questionou-se se sentiam que o seu horário interferia com a sua vida social e familiar, sendo que, 71% afirmou que sim, 25% que não e 4% não respondeu (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Resposta à questão 16. Sente que o seu horário de trabalho interfere com a sua vida social e familiar?

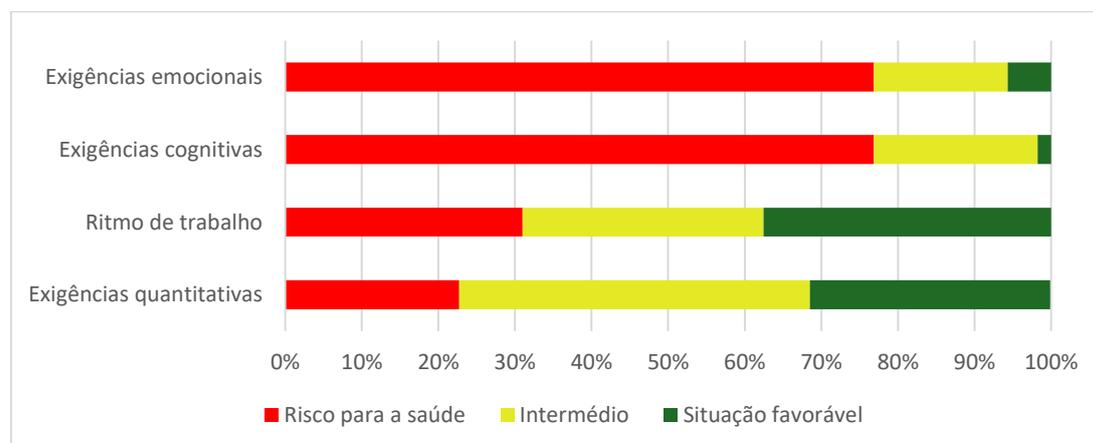


4.2 AVALIAÇÃO DO COPSQ II

A análise dos resultados pressupõe uma interpretação fator a fator, ou seja, o COPSQ não mede um único constructo, mas sim diversos riscos psicossociais e variáveis de saúde, *stress* e satisfação.

Exigências Laborais

Gráfico 13 – Resultado da dimensão “Exigências laborais”.



A dimensão das “Exigências laborais” compreende as exigências emocionais e cognitivas, o ritmo de trabalho e as exigências quantitativas.

Quanto às **exigências emocionais** verifica-se que o número de trabalhadores que estão numa situação de risco para a saúde é idêntico à escala das exigências cognitivas (77%), sendo de realçar que também nesta escala a situação favorável para a saúde é muito baixa (6%).

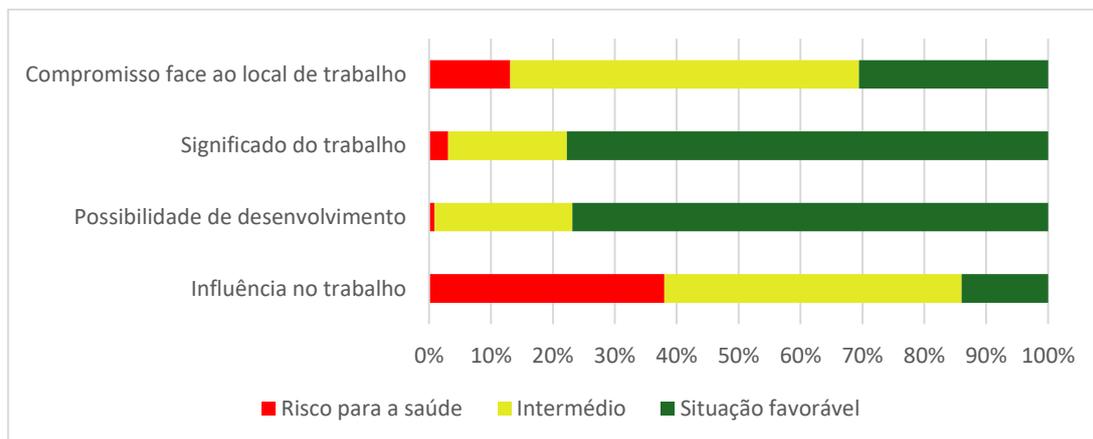
No que respeita às **exigências cognitivas**, ou seja, as exigências de estar constantemente atento, de propor novas ideias e de tomar decisões difíceis, verifica-se que há uma grande quantidade de trabalhadores numa situação de risco para a saúde, tendo sido identificados 77% de profissionais nesta situação. Numa situação favorável só encontramos 2% dos trabalhadores.

Relativamente ao **ritmo de trabalho**, os trabalhadores estão proporcionalmente distribuídos pelas três situações.

Analisando a escala das **exigências quantitativas**, 23% dos trabalhadores estão numa situação de riscos, no entanto é de salientar que a maioria dos participantes se enquadra numa situação intermédia, ou seja, situação de potencial risco para a saúde (46%).

Organização do Trabalho e Conteúdo

Gráfico 14 - Resultado da dimensão “Organização do trabalho e conteúdo”.



A “Organização e conteúdo do trabalho” é avaliada de acordo com o compromisso sentido pelo trabalhador face ao local de trabalho, o significado do trabalho, as possibilidades de desenvolvimento e a influência no trabalho.

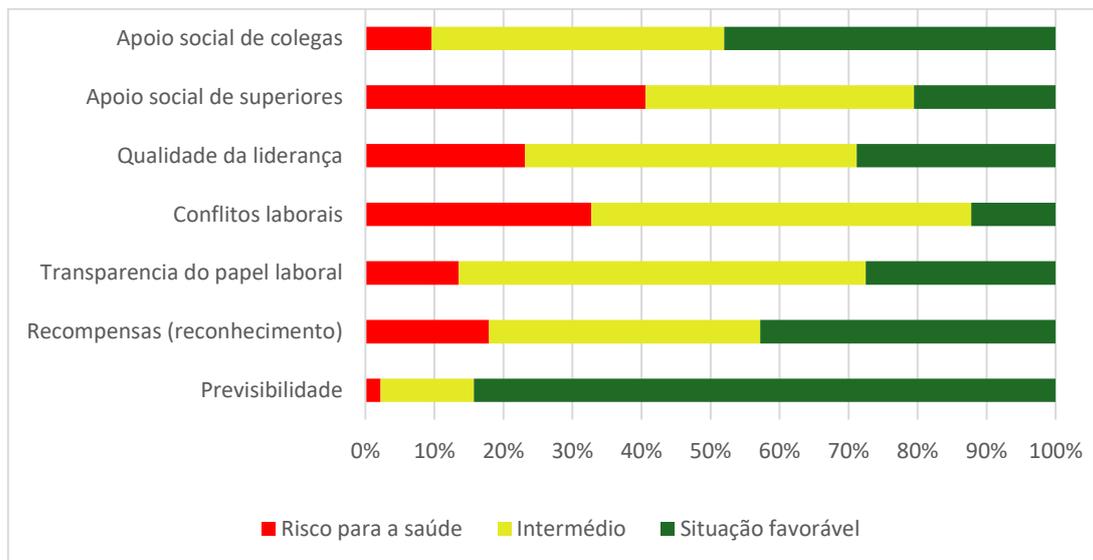
Relativamente ao **compromisso face ao local de trabalho**, verifica-se que apenas 13% dos participantes consideram existir um fator de risco para a saúde. Também nesta escala a maioria dos trabalhadores encontram-se numa situação intermédia (56%).

As outras duas escalas, a **possibilidade de desenvolvimento** e **significado do trabalho**, apresentam avaliações favoráveis (78% e 77%).

Quanto à **influência no trabalho**, 38% dos profissionais estão numa situação de risco para a saúde e 48% estão numa situação intermédia, o que corresponde a uma situação de potencial risco para a saúde.

Relações Sociais e Liderança

Gráfico 15 - Resultado da dimensão “Relações sociais e liderança”.



O estudo da dimensão “Relações sociais e a liderança” é feito de acordo com sete escalas, o apoio social de colegas, o apoio social de superiores, a qualidade da liderança, os conflitos laborais, a transparência do papel laboral, as recompensas (reconhecimento) e a previsibilidade.

A escala referente aos **valores do apoio social de colegas**, apresenta o valor de 10% de profissionais em situação de risco e 42% de potencial situação de risco.

A escala **apoio social de superiores** é a que possui mais trabalhadores em situação de risco (41%) nesta dimensão.

No que diz respeito à escala **qualidade da liderança**, encontram-se em situação de risco 23% dos trabalhadores.

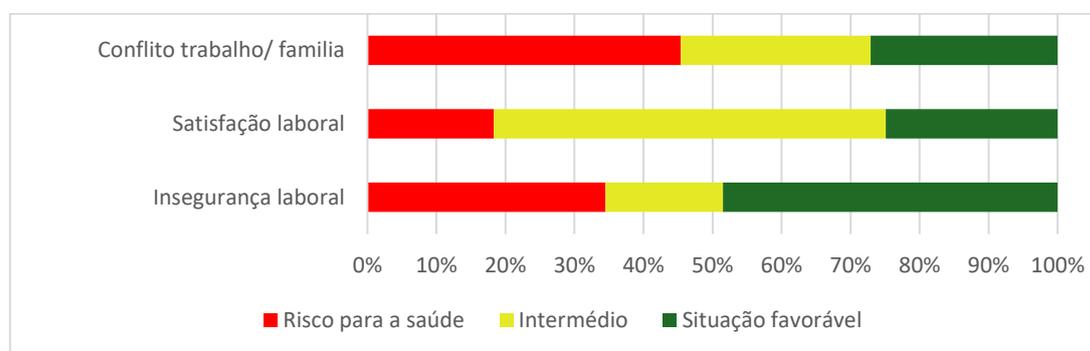
Quanto aos **conflitos laborais**, verifica-se que 33% dos trabalhadores estão numa situação de risco para a saúde.

A escala **transparência do papel laboral**, foi percebida em situação favorável para 28% dos trabalhadores, mas encontram-se em situação de potencial risco para a saúde, 59% dos trabalhadores.

Na escala **previsibilidade**, grande parte dos profissionais encontram-se numa situação favorável (84%), sendo que, na escala **recompensas**, o valor dos trabalhadores em situação favorável já é menor (43%).

Interface Trabalho-Indivíduo

Gráfico 16 - Resultado da dimensão “Interface trabalho-indivíduo”.



A dimensão “Interface trabalho-indivíduo” avalia-se, essencialmente, através de três fatores, o conflito trabalho/família, a satisfação no trabalho e a insegurança laboral.

Na amostra, no que se refere ao conflito **trabalho-família**, encontram-se em situação de risco 45% dos trabalhadores.

Relativamente à **satisfação no trabalho**, verifica-se uma diminuição de situações de risco para a saúde (18%) e um aumento de trabalhadores em situação de potencial risco (57%).

Na escala **insegurança laboral** encontramos em situação de risco 34% dos trabalhadores, contudo 48% estão numa situação favorável.

Valores no Local de Trabalho

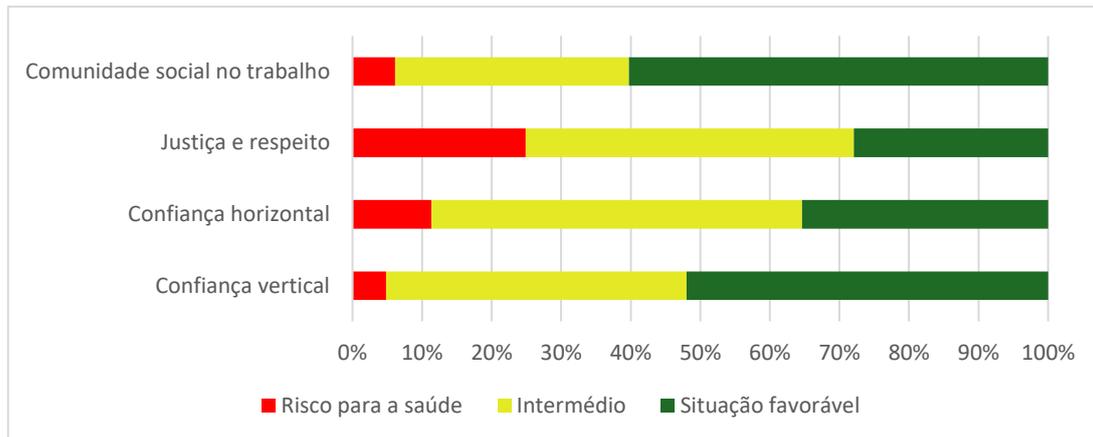
A dimensão “Valores no local de trabalho” é avaliada de acordo com quatro escalas, nomeadamente, comunidade social no trabalho, justiça e respeito, confiança horizontal e vertical.

Relativamente à escala **comunidade social no trabalho**, verifica-se que a amostra em estudo se encontra, em grande parte, em situação favorável (60%), sendo que, na situação de risco estão apenas 6%.

Os valores obtidos na amostra em estudo na escala **justiça e respeito**, foi de 25% em situação de risco para a saúde e 47% em situação de potencial risco para a saúde.

A **confiança horizontal e vertical** não representa risco para a saúde. No entanto, estão em situação de potencial risco para a saúde metade dos trabalhadores (53% e 43%).

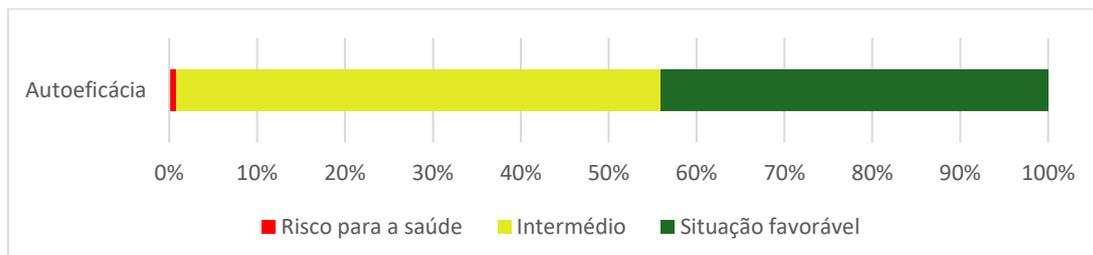
Gráfico 17 - Resultado da dimensão “Valores no local de trabalho”.



Personalidade

A dimensão personalidade é avaliada através da autoeficácia, verificando-se que a maioria dos trabalhadores está em situação intermédia (55%).

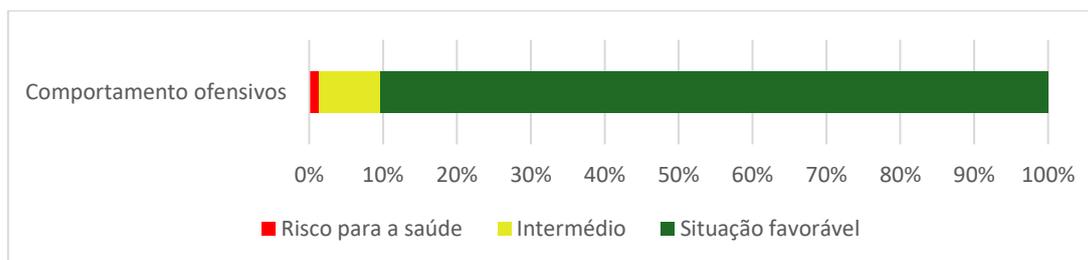
Gráfico 18 - Resultado da dimensão “Personalidade”.



Comportamentos Ofensivos

Relativamente à dimensão “Comportamentos ofensivos” no local de trabalho, a análise da amostra em estudo revela que esta escala não apresenta risco para a saúde dos profissionais, encontrando-se 90% dos profissionais em situação favorável.

Gráfico 19 - Resultado da dimensão “Comportamentos ofensivos”.

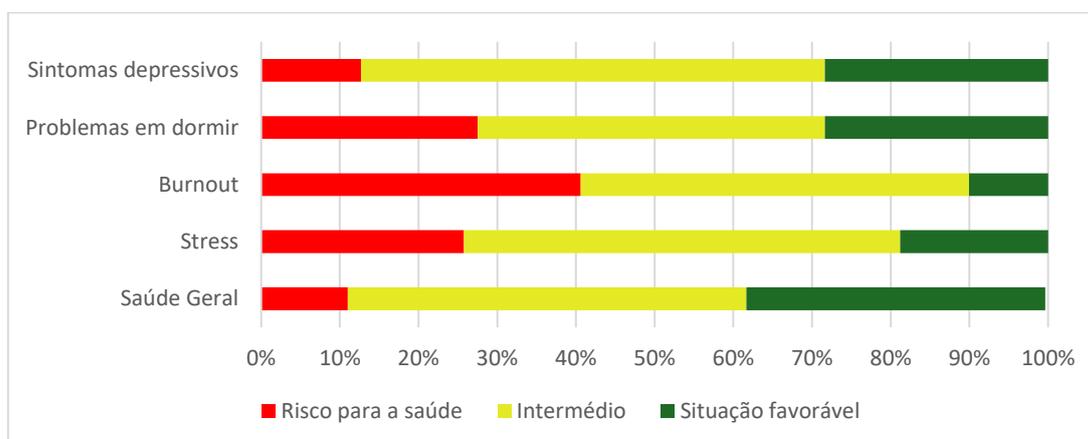


Saúde e Bem-estar

A “Saúde e bem-estar” do trabalhador são avaliados com recurso a cinco escalas, nomeadamente, sintomas depressivos, problemas em dormir, *burnout*, *stress* e saúde geral.

Constatou-se que 28% da amostra encontra-se numa situação favorável no que diz respeito a **sintomas depressivos**, sendo que, a maioria dos profissionais nesta escala encontra-se em situação intermédia (59%).

Gráfico 20 - Resultado da dimensão “Saúde e bem-estar”.



No que se refere a **problemas em dormir**, 28% apresenta-se em situação de risco e o mesmo valor encontra-se em situação favorável enquanto que, 44% está em situação intermédia.

Relativamente ao **Burnout**, verifica-se que cerca de 41% dos trabalhadores encontram-se numa situação de risco para a saúde e 49% numa situação intermédia.

Relativamente ao **stress**, 55% dos trabalhadores encontram-se numa situação intermédia.

Quanto à **saúde em geral**, na amostra, cerca de 11% dos profissionais situam-se numa situação de risco para a saúde, sendo que, 38% apresenta uma situação favorável.

No Quadro 13, poderemos verificar as médias obtidas para o conjunto das dimensões obtidas por associação das escalas. A dimensão “Comportamentos ofensivos” apresenta a média mais baixa (1,39) e a dimensão “Exigências laborais” a mais alta (3,49).

Quadro 13 – Média e desvio padrão das 8 dimensões.

Dimensões	N	Média	Desvio Padrão
<i>Exigências Laborais</i>	229	3,49	0,53
<i>Organização do trabalho e conteúdo</i>	229	2,59	0,53
<i>Relações interpessoais e liderança</i>	229	2,44	0,45
<i>Valores no local de trabalho</i>	229	2,76	0,39
<i>Personalidade</i>	229	2,40	0,66
<i>Interface trabalho-indivíduo</i>	229	3,04	0,70
<i>Saúde e bem-estar</i>	229	3,04	0,78
<i>Comportamentos ofensivos</i>	229	1,39	0,61

4.3 DIFERENÇA ENTRE OS GRUPOS DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOPROFISSIONAIS NA PERCEÇÃO DOS FATORES DE RISCOS PSICOSSOCIAIS.

Verificaremos, neste ponto, se a percepção de riscos psicossociais varia em função das características sociodemográficas (idade e género) e socioprofissionais (serviço, grupo profissional, tempo de serviço, tipo de vínculo e horário de trabalho) dos participantes.

A percepção dos riscos psicossociais teve em conta as dimensões criadas, sendo que, para cada uma delas, foram determinadas as diferenças entre os grupos das variáveis independentes.

Idade

Como procedemos ao agrupamento da variável idade, de modo a determinar a existência de diferenças entre os diferentes grupos e as dimensões de riscos psicossociais, recorremos ao teste *Kruskal Wallis* para amostras independentes.

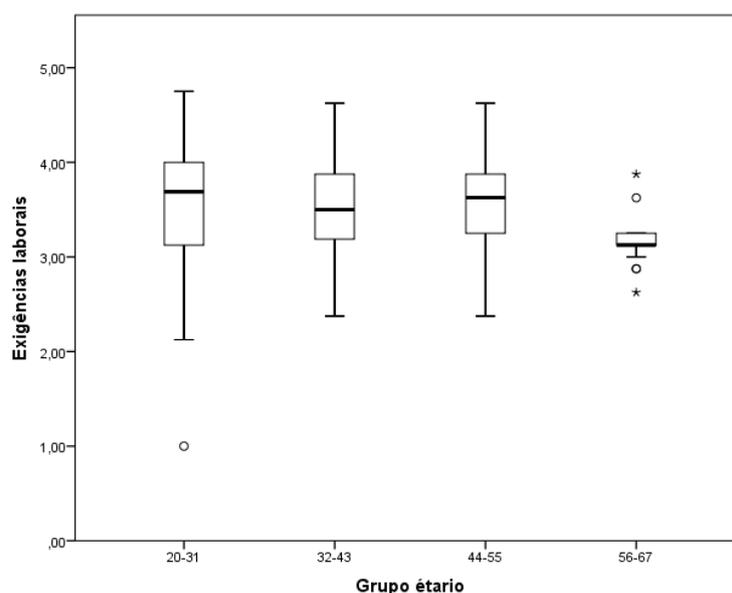
Os resultados observados no Quadro 14, permitem concluir que a hipótese 1 foi parcialmente confirmada pois existem diferenças significativas nas dimensões “exigências laborais” ($p=0,01$), “valores no local de trabalho” ($p=0,01$) e “personalidade” ($p<0.01$).

Quadro 14 – Teste *Kruskal Wallis* para grupo etário.

	Significância Sig.
Exigências laborais	0,01
Organização do trabalho e conteúdo	0,16
Relações sociais e liderança	0,05
Valores no local de trabalho	0,01
Personalidade	<0,01
Interface trabalho-indivíduo	0,05
Comportamentos ofensivos	0,20
Saúde e bem-estar	0,31

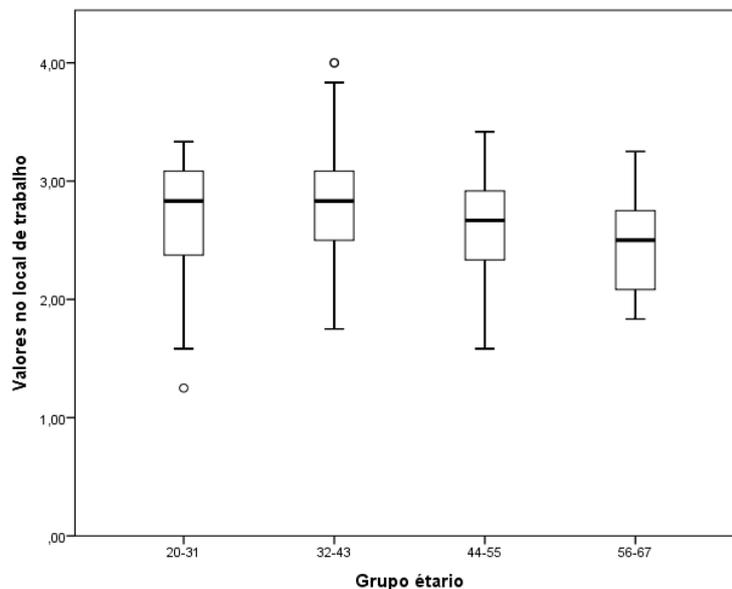
De acordo com a comparação múltipla de médias de ordem para $\alpha= 0.05$, o grupo etário 55-67 anos, na dimensão “exigências laborais”, tem uma percepção significativamente diferente do grupo 20-31 ($p_{aj}= 0,01$), do grupo 32-43 ($p_{aj}= 0,01$) e do grupo 44-55 ($p_{aj}= 0,01$) (Anexo II - Imagem 1). Como podemos observar no Gráfico 21, os trabalhadores do grupo etário dos 55 aos 67 anos tem uma percepção dos riscos psicossociais menor (mais favorável para a saúde) que os profissionais que pertencem aos outros grupos.

Gráfico 21 – Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Exigências laborais” por grupo etário.



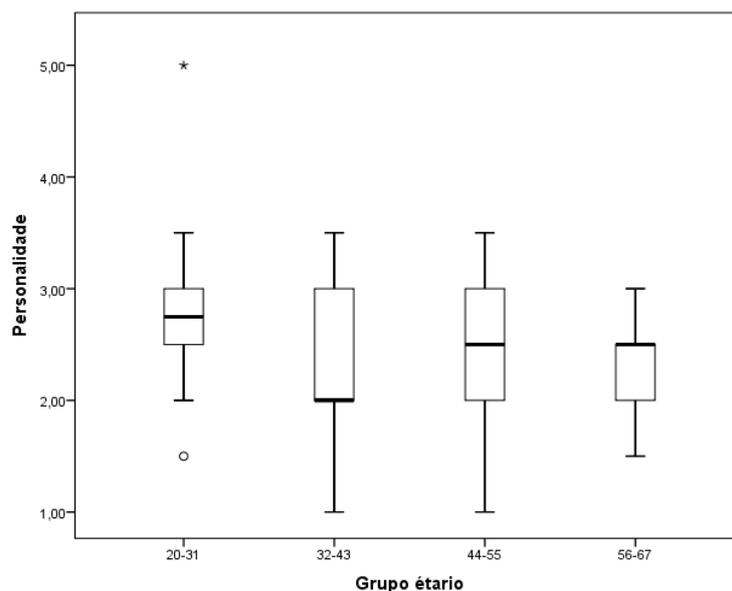
Na dimensão “valores no local de trabalho” a diferença está entre os grupos etários dos 55-67 e 32-43 ($p_{aj}= 0,01$) (Anexo II – Imagem 2). Também nesta dimensão, os profissionais do grupo etário dos 55 aos 67 anos tem uma percepção dos riscos psicossociais mais favorável para a saúde que os restantes grupos (Gráfico 22).

Gráfico 22 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Valores no local de trabalho” por grupo etário.



As diferenças na dimensão “Personalidade”, são encontradas entre o grupo etário dos 20-31, relativamente aos grupos 32-43 ($p_{aj}<0,01$) e 44-55 ($p_{aj}<0,01$) (Anexo II – Imagem 3). Este grupo de profissionais mais novos, apresenta valores mais elevados, no entanto não apresentam situação de risco para a saúde (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Personalidade” por grupo etário.



Género

Para testar a existência de diferenças entre o género feminino e masculino na percepção dos riscos psicossociais nas 8 dimensões, recorreremos ao teste *Mann-Whitney*. Constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre homens e

mulheres, na percepção dos riscos para as diferentes dimensões (Quadro 15), pelo que não se confirmou a hipótese 2.

Quadro 15 – Teste *Mann-Whitney* para o género.

	Significância Sig. (2 extremidades)
Exigências laborais	0,15
Organização do trabalho e conteúdo	0,63
Relações sociais e liderança	0,84
Valores no local de trabalho	0,10
Personalidade	0,62
Interface trabalho-indivíduo	0,41
Comportamentos ofensivos	0,09
Saúde e bem-estar	0,27

Serviço

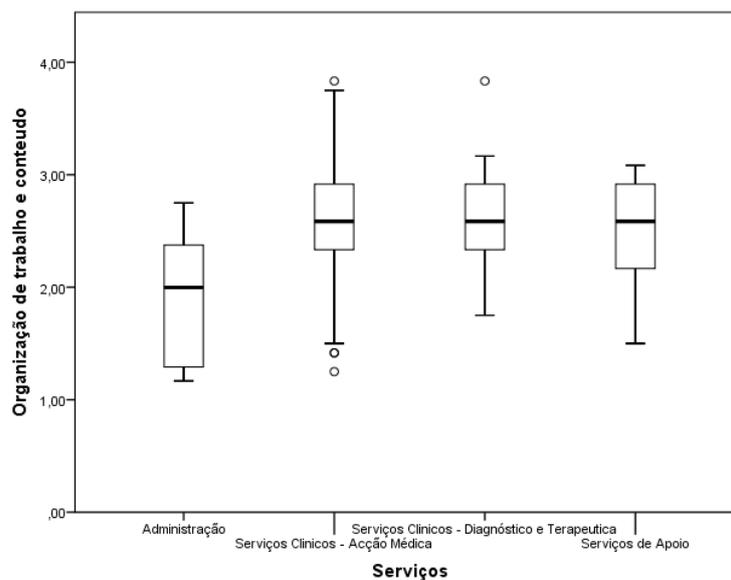
Existem diferenças significativas entre Serviços, no que refere a percepção dos riscos psicossociais, nas dimensões “organização de trabalho e conteúdo” ($p=0,01$), “interface trabalho-indivíduo” ($p<0,01$) e “saúde e bem-estar” ($p<0,01$) (Quadro 16). Sendo assim foi parcialmente confirmada a hipótese 3.

Quadro 16 - Teste *Kruskal Wallis* para serviços.

	Significância Sig.
Exigências laborais	0,07
Organização do trabalho e conteúdo	0,01
Relações sociais e liderança	0,77
Valores no local de trabalho	0,13
Personalidade	0,11
Interface trabalho-indivíduo	<0,01
Comportamentos ofensivos	0,68
Saúde e bem-estar	<0,01

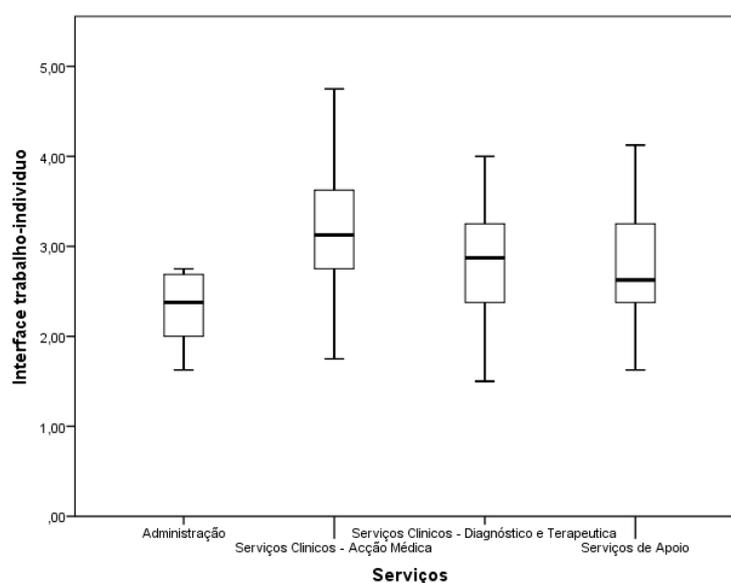
Na dimensão “organização de trabalho e conteúdo”, as diferenças observam-se entre a Administração e os Serviços Clínicos - Ação Médica ($p_{aj}=0,01$) (Anexo II – Imagem 4), verificando-se assim que os trabalhadores da Administração sentem menor riscos psicossociais nesta dimensão que os trabalhadores dos Serviços Clínicos - Ação Médica (Gráfico 24).

Gráfico 24 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Organização de trabalho e conteúdo” por Serviços.



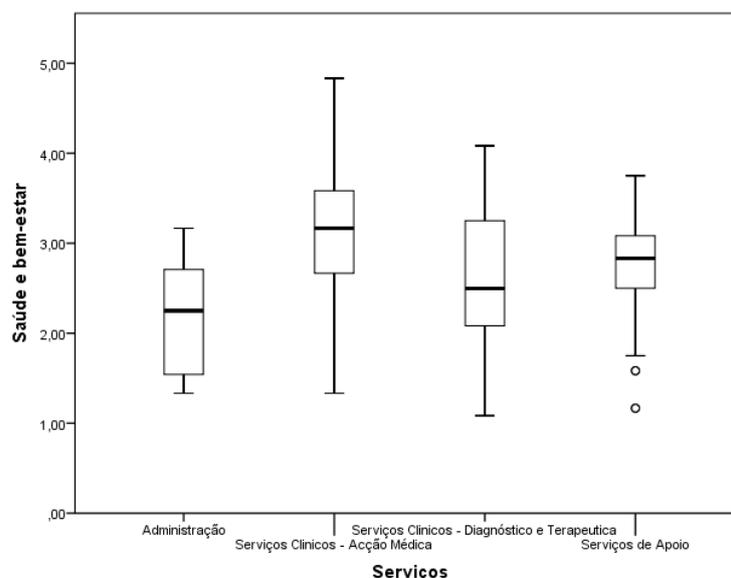
Os Serviços Clínicos - Acção Médica, diferem da Administração ($p_{aj}<0,01$) e dos Serviços de Apoio ($p_{aj}<0,01$) na dimensão “interface trabalho-indivíduo” (Anexo II – Imagem 5), constatando-se que os profissionais dos Serviços Clínicos percebem um maior risco (Gráfico 25).

Gráfico 25 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Interface trabalho-indivíduo” por Serviços.



Na percepção dos riscos psicossociais, relativos à dimensão “saúde e bem-estar”, foram encontradas diferenças entre os Serviços Clínicos - Ação Médica ($p_{aj}=0,01$) relativamente aos serviços Administração ($p_{aj}<0,01$) e os Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica com os Serviços Gerais ($p_{aj}= 0,01$) (Anexo II- Imagem 6). Observando o Gráfico 26, constatamos que também para esta dimensão, são os profissionais dos Serviços Clínicos- Ação Médica que sentem maiores consequências para a sua saúde.

Gráfico 26 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Saúde e bem-estar” por Serviços.



Grupo profissional

Relativamente ao “grupo profissional”, apenas na dimensão “relações sociais e liderança” não foram encontradas diferenças significativas ($p=0,33$), existindo assim diferenças nas restantes (Quadro 17). Assim sendo, podemos afirmar que a hipótese 4 foi confirmada.

Quadro 17 - Teste *Kruskal Wallis* para grupo profissional.

	Significância Sig.
Exigências laborais	<0,01
Organização do trabalho e conteúdo	<0,01
Relações sociais e liderança	0,33
Valores no local de trabalho	0,01
Personalidade	0,01
Interface trabalho-indivíduo	<0,01
Comportamentos ofensivos	0,03
Saúde e bem-estar	<0,01

Na comparação múltipla de médias de ordem para $\alpha= 0.05$, encontramos várias diferenças entre os grupos profissionais. Para uma melhor análise, foi elaborado o Quadro 18 no qual apresentamos os valores das médias da percepção dos riscos psicossociais, por grupo profissional, para cada dimensão.

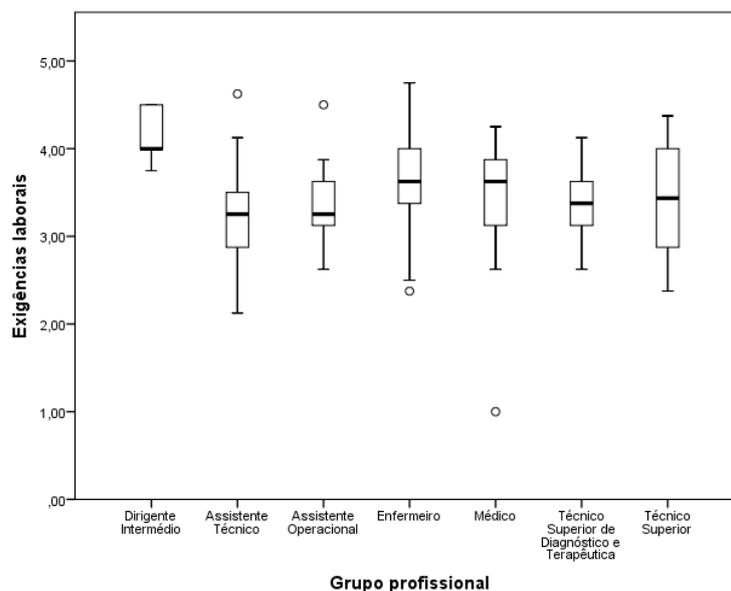
Quadro 18 – Média da percepção dos riscos psicossociais, por grupo profissional, para cada dimensão

	DI	AT	AO	Enf.	M	TSDT	TS
Exigências laborais	<u>4,15</u>	3,23	3,32	3,64	3,46	3,34	3,42
Organização do trabalho e conteúdo	1,55	<u>2,79</u>	2,44	2,69	2,42	2,64	2,42
Valores no local de trabalho	2,15	2,76	2,55	2,72	2,57	2,50	<u>2,87</u>
Personalidade	2,30	2,32	2,17	<u>2,58</u>	2,40	2,05	2,38
Interface trabalho-indivíduo	2,28	3,10	2,41	<u>3,30</u>	3,09	2,74	2,70
Comportamentos ofensivos	1,25	1,36	1,14	1,51	1,29	1,23	<u>1,62</u>
Saúde e bem-estar	2,00	3,14	2,46	<u>3,28</u>	3,25	2,48	2,76
Média total	<u>2,24</u>	<u>2,67</u>	<u>2,35</u>	<u>2,81</u>	<u>2,64</u>	<u>2,43</u>	<u>2,60</u>

DI – dirigente intermédio; AT- assistente técnico; AO- assistente operacional; Enf.- enfermeiro; TSDT – técnico superior de diagnóstico e terapêutica; TS – técnico superior

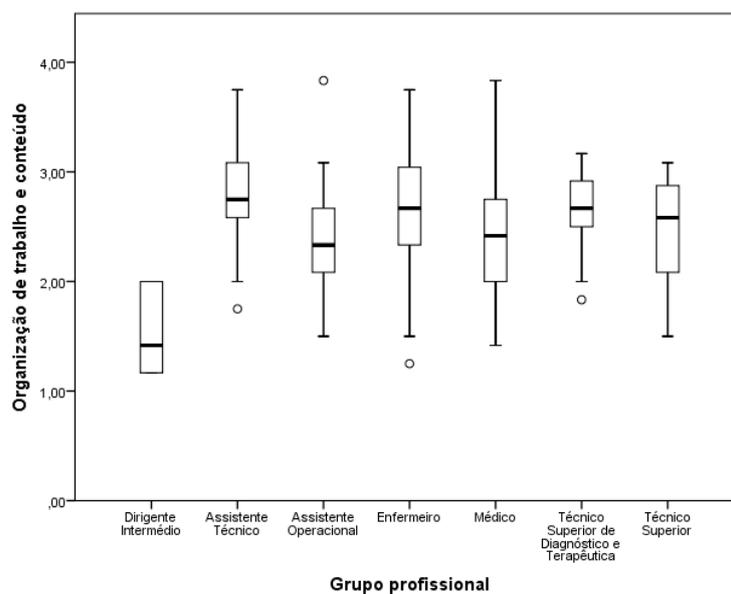
Na dimensão “exigências laborais”, existem várias situações de diferenças significativas entre os grupos profissionais, nomeadamente: os dirigentes intermédios, diferem dos assistentes operacionais ($p_{aj}=0,01$), dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT) ($p_{aj}<0,01$) e dos assistentes técnicos ($p_{aj}<0,01$). Por sua vez, os enfermeiros diferem dos assistentes técnicos ($p_{aj}=0,03$) (Anexo II – Imagem 7). Constatámos assim que, os dirigentes intermédios apresentam uma maior percepção de riscos psicossociais, nesta dimensão ($M=4,15$) (Gráfico 27).

Gráfico 27 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Exigências laborais” por grupo profissional.



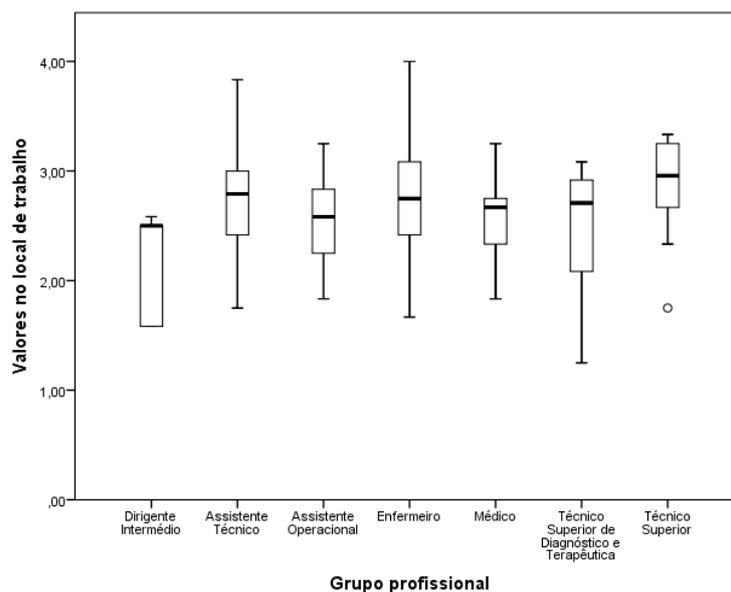
A percepção dos riscos psicossociais na dimensão “organização de trabalho e conteúdo” apresenta diferenças significativas. Assim, os dirigentes intermédios diferem dos TSDT ($p_{aj}=0,01$), dos enfermeiros ($p_{aj}<0,01$) e dos assistentes técnicos ($p_{aj}<0,01$) (Anexo II – Imagem 8). Verificamos que os dirigentes intermédios apresentam menor risco em relação a todos os outros grupos profissionais ($M=1,55$) (Gráfico 28).

Gráfico 28 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Organização de trabalho e conteúdo” por grupo profissional.



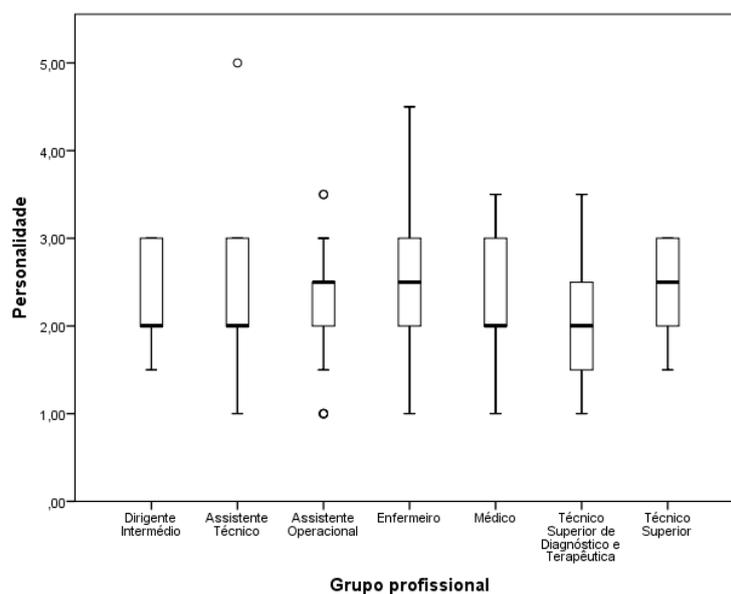
Os únicos grupos profissionais que diferem significativamente entre si, na dimensão “valores profissionais no local de trabalho” são os dirigentes intermédios e os técnicos superiores ($p_{aj}=0,04$) (Anexo II – Imagem 9). Os técnicos superiores são os que apresentam maior risco ($M= 2,87$) (Gráfico 29).

Gráfico 29 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Valores no local de trabalho” por grupo profissional.



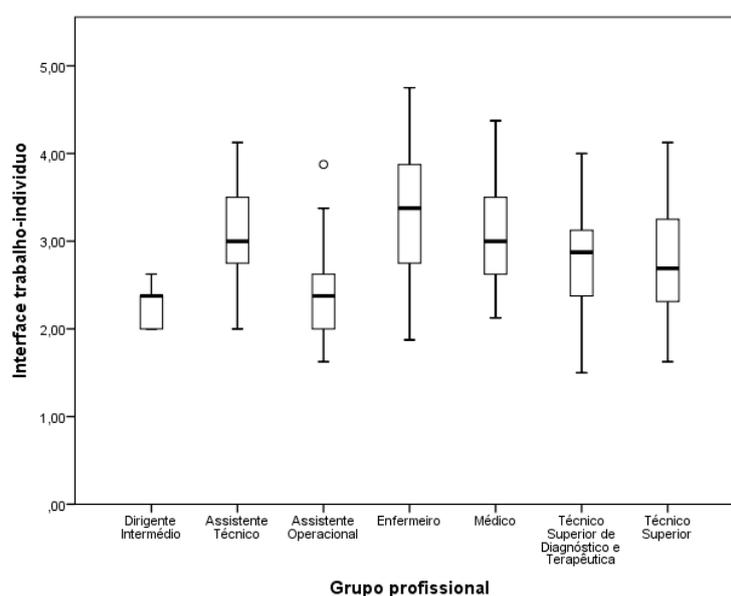
Na dimensão “Personalidade” os grupos que apresentam diferenças significativas entre si são, os TSDT e os enfermeiros ($p_{aj}=0,04$) (Anexo II – Imagem 10), sendo que, os TSDT ($M=2,05$) estão numa situação mais favorável que o grupo dos enfermeiros ($M=2,58$), embora nenhum grupo esteja em risco nesta dimensão (Gráfico 30).

Gráfico 30 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Personalidade” por grupo profissional.



Na comparação múltipla de médias de ordem, encontramos diferenças entre os vários grupos profissionais, na percepção dos riscos psicossociais na dimensão “interface trabalho-indivíduo”. Verificamos que, os enfermeiros diferem dos TSDT ($p_{aj}=0,03$), dos dirigentes intermédios ($p_{aj}=0,01$) e dos assistentes operacionais ($p_{aj}<0,01$). Por sua vez, os assistentes operacionais, diferem dos médicos ($p_{aj}<0,01$), dos assistentes técnicos ($p_{aj}<0,01$) e dos enfermeiros ($p_{aj}<0,01$) (Anexo II – Imagem 11). Nesta dimensão são os enfermeiros que apresentam maior risco ($M=3,30$) (Gráfico 31).

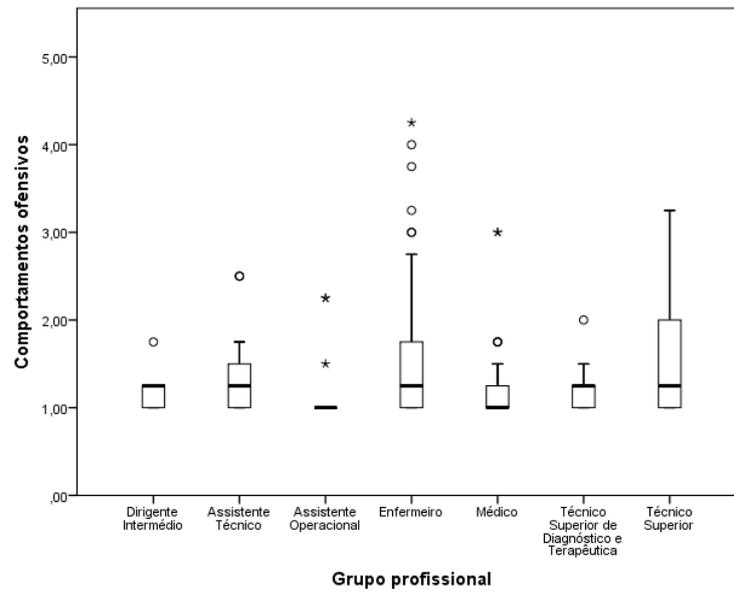
Gráfico 31 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Interface trabalho-indivíduo” por grupo profissional.



Na dimensão “Comportamentos ofensivos”, só existem diferenças significativas entre os assistentes operacionais e os enfermeiros ($p_{aj}=0,01$) (Anexo II – Imagem 13). A percepção de situações de comportamentos ofensivos, não apresenta riscos para os diferentes grupos profissionais (Gráfico 32).

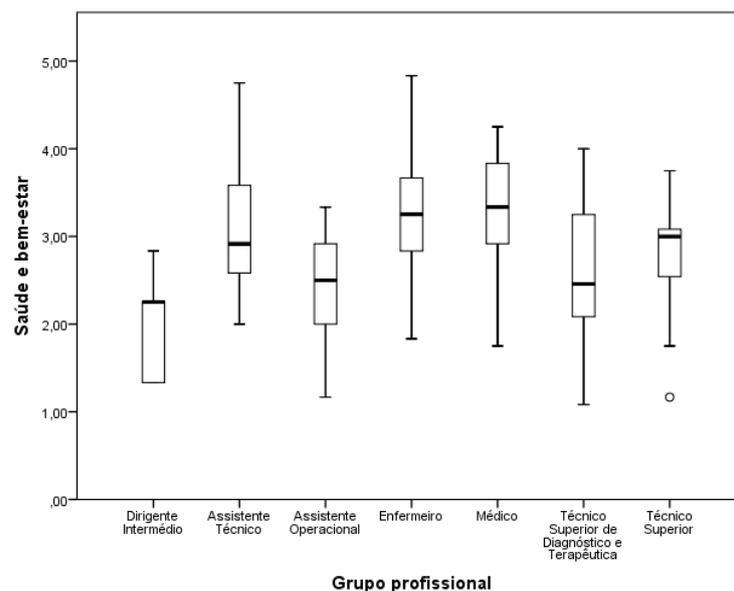
Analisando a média total das dimensões, os profissionais que apresentam a média maior são os enfermeiros ($M=2,81$).

Gráfico 32 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Comportamentos ofensivos” por grupo profissional.



Também na dimensão “saúde e bem-estar”, encontrámos vários grupos profissionais com diferenças significativas entre si. Os enfermeiros, diferem dos dirigentes intermédios ($p_{aj}=0,02$), dos assistentes operacionais ($p_{aj}<0,01$) e dos TSDT ($p_{aj}<0,01$). Os médicos diferem dos assistentes operacionais ($p_{aj}<0,01$), dos TSDT ($p_{aj}=0,01$) e dos dirigentes intermédios ($p_{aj}=0,03$) (Anexo II – Imagem 12). São os enfermeiros ($M=3,28$) e os médicos ($M=3,25$) que manifestam maior risco nesta dimensão (Gráfico 33).

Gráfico 33 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Saúde e bem-estar” por grupo profissional.



Tempo de Serviço

Não existem diferenças estatisticamente significativas na percepção dos riscos para todas as dimensões (Quadro 19), no que diz respeito ao “tempo de serviço” (todos os *p-value* são superiores a 0,05), pelo que não se confirmou a hipótese 5.

Quadro 19 - Teste Kruskal Wallis para o tempo de serviço.

	Significância Sig.
Exigências laborais	0,09
Organização do trabalho e conteúdo	0,10
Relações sociais e liderança	0,17
Valores no local de trabalho	0,10
Personalidade	0,76
Interface trabalho-indivíduo	0,18
Saúde e bem-estar	0,53
Comportamentos ofensivos	0,48

Tipo de vínculo

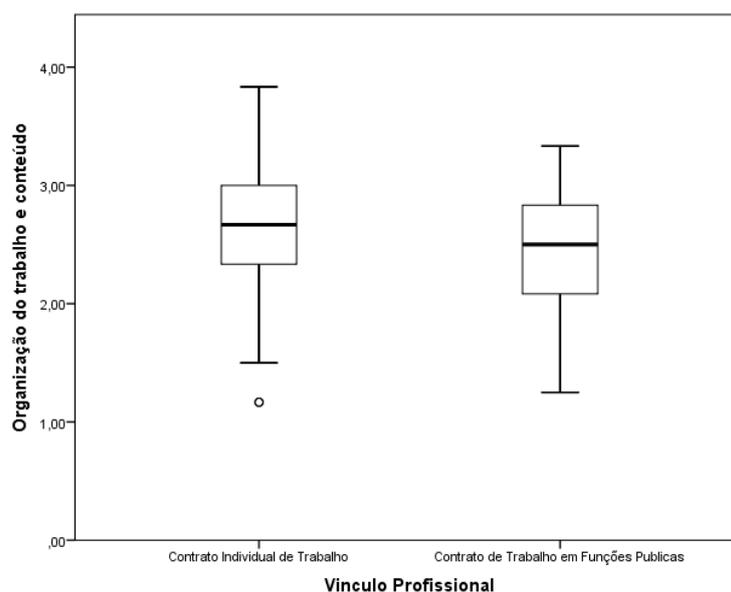
Relativamente ao “tipo de vínculo”, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas, na percepção dos riscos psicossociais, respeitantes à dimensão “organização do trabalho e conteúdo” ($p=0,02$) (Quadro 20), pelo que a hipótese 6 apenas se confirma para esta dimensão.

Quadro 20 - Teste *Mann-Whitney* para o tipo de vínculo.

	Significância Sig. (2 extremidades)
Exigências laborais	0,50
Organização do trabalho e conteúdo	0,02
Relações sociais e liderança	0,87
Valores no local de trabalho	0,64
Personalidade	0,24
Interface trabalho-indivíduo	0,34
Saúde e bem-estar	0,66
Comportamentos ofensivos	0,73

Os trabalhadores em contrato individual de trabalho apresentam maior percepção dos riscos psicossociais, na dimensão “organização do trabalho e conteúdo”, comparativamente aos trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas (Gráfico 34).

Gráfico 34 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “organização do trabalho e conteúdo” por vínculo profissional.



Trabalho por turnos

Analisando os resultados apresentados no Quadro 21, concluímos que a hipótese 7 foi parcialmente confirmada, pois verificámos diferenças significativas nas dimensões “organização do trabalho e conteúdo” ($p < 0,01$), “interface trabalho-indivíduo” ($p < 0,01$), “saúde e bem-estar” ($p < 0,01$) e “comportamentos ofensivos” ($p < 0,01$).

Quadro 21 - Teste *Mann-Whitney* para o trabalho por turnos.

	Significância Sig. (2 extremidades)
Exigências laborais	0,89
Organização do trabalho e conteúdo	<0,01
Relações sociais e liderança	0,05
Valores no local de trabalho	0,68
Personalidade	0,11
Interface trabalho-indivíduo	<0,01
Saúde e bem-estar	<0,01
Comportamentos ofensivos	<0,01

Os profissionais que trabalham por turnos, apresentam maior valor de risco psicossocial nas dimensões “organização de trabalho e conteúdo” (Gráfico 35), “interface trabalho-indivíduo” (Gráfico 36) e “saúde e bem-estar” (Gráfico 37).

Gráfico 35 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Organização do trabalho e conteúdo” por trabalho por turnos.

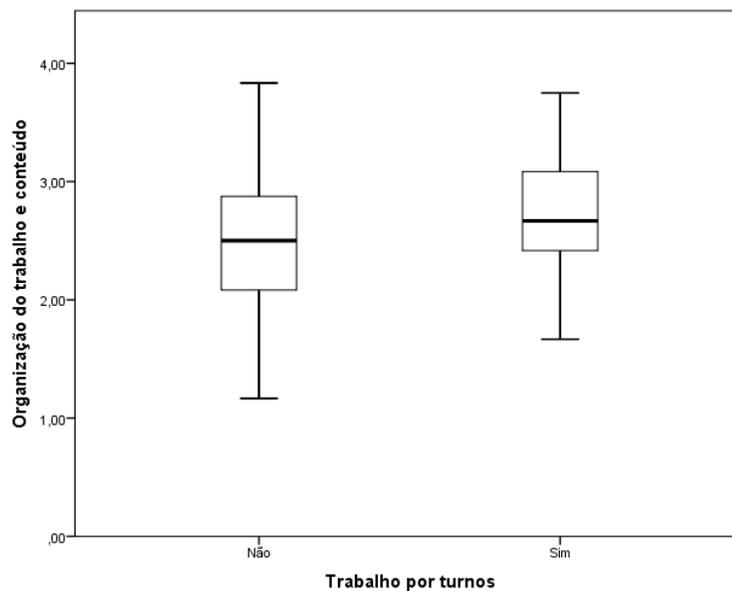


Gráfico 36 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Interface trabalho-indivíduo” por trabalho por turnos.

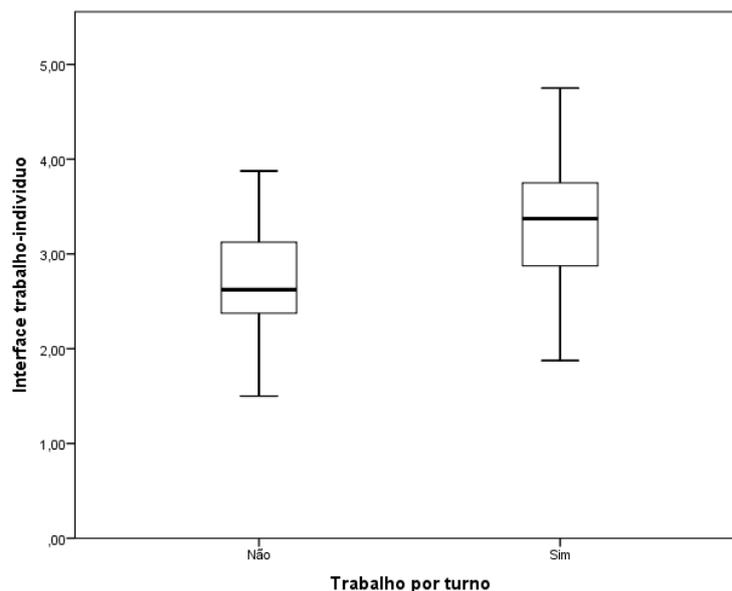
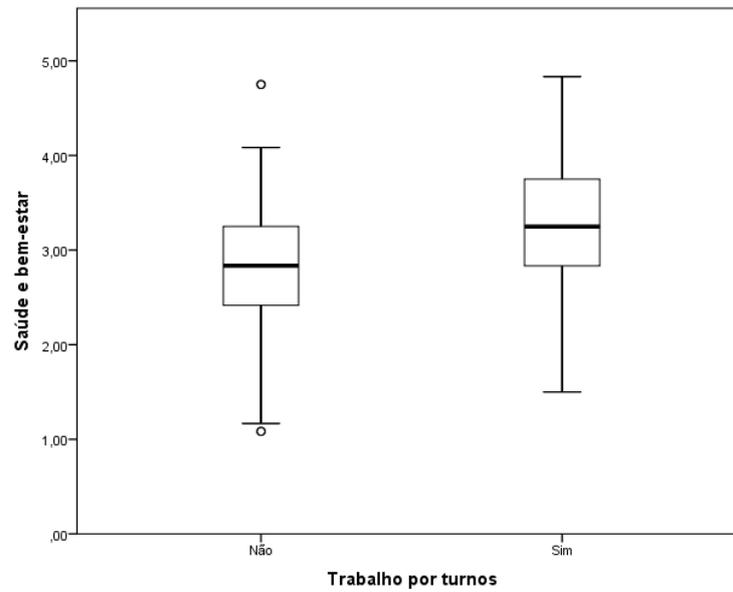
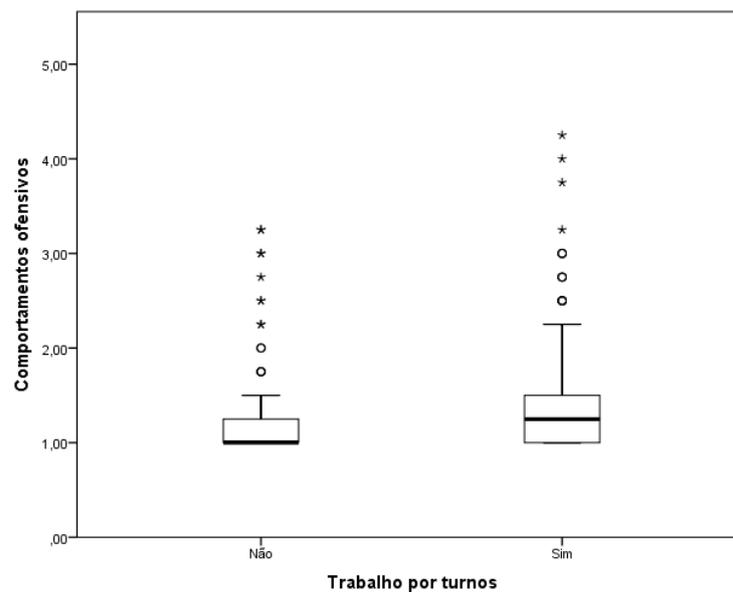


Gráfico 37 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Saúde e bem-estar” por trabalho por turnos.



Na dimensão “comportamentos ofensivos”, os trabalhadores que trabalham por turnos apresentam um score maior que os que não trabalham por turnos, mas ambos estão numa situação favorável (Gráfico 38).

Gráfico 38 - Distribuição da percepção de riscos psicossociais da dimensão “Comportamentos ofensivos” por trabalho por turnos.



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise efetuada até ao momento, relativamente aos dados obtidos, visou sempre evidenciar e salientar os resultados considerados mais relevantes para o estudo. Chegou agora o momento de efetuar uma síntese e discussão de carácter mais pormenorizado, onde se pretende efetuar uma confrontação dos resultados obtidos, com outros comprovados cientificamente, presentes na bibliografia revista e que foram resultado de estudos previamente realizados.

A preocupação de segurança e saúde no trabalho dos trabalhadores do setor da saúde deve-se sobretudo aos riscos novos e emergentes, nomeadamente, o aumento da exposição a agentes químicos relativamente novos (como as nanopartículas), a exposição a agentes biológicos, a exposição ao ruído e a riscos físicos (por exemplo, radiação) como resultado da utilização de novas técnicas médicas (como a tomografia axial computadorizada), as elevadas cargas de trabalho físico e exposição a fatores de risco psicossocial.

Com base nestas preocupações a Comissão Europeia publicou em 2012 (EU, 2012), um manual intitulado- Riscos de segurança e saúde no trabalho no setor da saúde — Guia de prevenção e boas práticas- onde refere que os fatores de risco psicossociais podem surgir em todos os grupos profissionais do setor da saúde, incluindo enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos. Refere ainda que os riscos psicossociais mais conhecidos são: a pressão do tempo, estruturas hierárquicas rígidas, falta de gratificação e recompensa, liderança pessoal inadequada, falta de informações relevantes, falta de apoio dos quadros de gestão, esforços relacionados com o trabalho (trabalho por turnos, trabalho noturno, horários irregulares), conflitos sociais, assédio, coação, violência e discriminação, dificuldades no domínio da comunicação e da interação, incluindo a incapacidade de compreender a linguagem corporal e ainda, uma organização do trabalho que não é a ideal (disposições relativas ao horário de trabalho).

Os riscos psicossociais no setor da saúde, foram o tema do presente estudo. Pretendeu-se saber quais os fatores de risco psicossociais que mais afetam os profissionais de saúde, numa Instituição Hospitalar, Central, e neste caso concreto, classificada como Entidade Pública Empresarial. Recorreu-se ao questionário COPSOQ II para avaliar os fatores de riscos psicossociais em ambiente de trabalho hospitalar, sendo com base nas respostas obtidas a esse questionário que analisámos se a perceção dos riscos psicossociais varia em função das características sociodemográficas (idade e género) e socioprofissionais (serviço, grupo profissional, anos de serviço, tipo de vínculo e horário de trabalho) dos participantes.

Para a obtenção de uma análise representativa da população em estudo, pretendeu-se recolher informação do maior número possível de profissionais. Responderam ao questionário 229 profissionais da Instituição, correspondendo estes a 15,91% do universo total.

A maior parte dos respondentes são do género feminino (70%), que vai ao encontro do que refere o relatório social do Ministério da Saúde (MS) e Serviço Nacional de Saúde (SNS) de 2016 (MS e SNS, 2016), que afirma que a taxa de feminização dos profissionais nas Instituições de Saúde é de 76,2%.

A média de idades dos profissionais é de 41,30 anos, o que corrobora com relatório referido anteriormente, o qual refere que a média de idade varia entre os 40 e os 50 anos.

O Serviço com mais respondentes foi o Serviço de Cirurgia com 17,6 %, sendo que o grupo profissional com maior participação corresponde aos enfermeiros (43,7 %). Este também é o grupo profissional de maior dimensão no SNS em 2016 (42,39%). A média de anos de tempo de serviço encontra-se nos 14,67 anos.

A inclusão dos hospitais no sector empresarial do estado, permitiu a existência de profissionais com vínculos contratuais diferentes, mas com as mesmas competências a desempenhar as mesmas funções. Nesta instituição hospitalar em análise, são identificados dois tipos de vínculo contratual, nomeadamente, contrato individual de trabalho, que corresponde à maioria dos profissionais e o contrato de trabalho em funções públicas. A maioria dos profissionais trabalha por turnos, o que pressupõe a realização de trabalho noturno, situação comum em todos os hospitais, pela necessidade do seu funcionamento ininterrupto, sobretudo em serviços de internamento, urgência e serviços que servem de apoio à urgência.

5.1 COPSQ II

Os resultados do questionário COPSQ II, possibilitam identificar os principais fatores de riscos psicossociais percebidos pelos profissionais de saúde, assim como as suas consequências, ao nível de saúde, *stress*, *burnout* e problemas em dormir.

Para análise das escalas, não foram somente tidas em conta as situações de risco para a saúde, mas também as situações de potencial risco para a saúde (situações intermédias).

No presente estudo foram apontados vários fatores de risco psicossocial que afetam negativamente os profissionais, colocando-os numa situação de risco para a sua saúde. Para facilitar a análise, iremos discutir os resultados dimensão a dimensão.

Na dimensão “exigências laborais”, os fatores de risco psicossocial que mais colocam os trabalhadores numa situação de risco para a saúde são as **exigências cognitivas** (77%) e as **exigências emocionais** (77%). Estes fatores são também referidos em vários estudos como potencializadores de situações de risco (Silva et al., 2014; Freimann & Merisalu, 2015; Hostst, Paarup & Baelum, 2011).

Num estudo realizado por García-Rodríguez, Gutiérrez-Bedmar, Bellón-Saameño, Muñoz-Bravo e Navajas (2014), numa amostra constituída por profissionais do Serviço de Saúde da Andaluzia, comprovou-se que o ambiente psicossocial dos profissionais da saúde estudados, difere da população de referência espanhola, devido sobretudo às elevadas exigências cognitivas e emocionais e elevada perceção dos valores de *stress*. Não é o que acontece com o nosso estudo, pois os valores são muito próximos aos encontrados para a população portuguesa no estudo de Silva e colegas (2012). Os valores apresentados por estes autores foram de 68% para as exigências cognitivas e de 50% para as exigências emocionais.

Relativamente às escalas “exigências quantitativas” e “ritmo de trabalho”, o nosso estudo revela que mais de metade dos trabalhadores está em situação de potencial risco.

Já na dimensão “organização do trabalho e conteúdo”, a situação mais preocupante está na escala “**influência no trabalho**” (38%), possivelmente devido à baixa autonomia no trabalho, nas tarefas, na quantidade, na ordem pela qual são feitas e ainda, nos métodos utilizados. A este respeito, Portuné (2012), refere que a pouca influência no seu trabalho, aumenta o risco para a saúde do trabalhador, verificando-se uma relação com o aparecimento de problemas de saúde mental (Netterstrom *et al.*, 2008), sendo altamente prevalentes nos trabalhadores do setor da saúde (Eurofound, 2012).

Relativamente ao compromisso face ao local de trabalho, verificaram-se resultados idênticos aos encontrados nas exigências quantitativas e ritmo de trabalho, ou seja, baixo nível de risco para a saúde, mas um elevado potencial de risco.

No que respeita à dimensão “relações sociais e liderança”, as escalas qualidade da liderança e transparência de papel laboral, apresentam situação de risco potencial, sendo, no entanto preocupantes, os valores obtidos relativos às escalas **conflitos laborais** (33%) e **apoio social de superiores** (41%). Os conflitos laborais acontecem quando são colocadas ao trabalhador expectativas e exigências não compatíveis. O trabalho a realizar pode ir contra as normas ou valores do trabalhador, gerando grande tensão e sendo apenas suportado com grande custo emocional (Astorga, 2005). Segundo Peiró (2000), o conflito do papel laboral, produz ansiedade, depressão, sintomas neuróticos, queixas somáticas, cansaço, hipertensão, níveis elevados de colesterol, obesidade, doenças cardiovasculares e baixa autoestima.

Relativamente ao apoio social de superiores, o mesmo manifesta-se na relação do trabalhador com as chefias, quando existe um sentimento de injustiça, desconsideração ou quando a supervisão é inadequada convertendo-se numa fonte de *stress* (Paulos, 2009). No nosso estudo, as escalas qualidade da liderança e apoio social de superiores apresentaram valores muito próximos, o que é normal já que estas escalas estão relacionadas.

Na dimensão “interface trabalho-indivíduo” apontamos duas escalas com valores mais altos de risco para a saúde, nomeadamente a **insegurança laboral** (34%) e o **conflito trabalho/família** (45%). Em 2007, a *European Agency for Safety and Health at Work* identificou as novas formas de contrato, insegurança no trabalho, envelhecimento da força de trabalho, intensificação, elevadas exigências emocionais e fraco equilíbrio trabalho-família como fatores de riscos psicossociais (EU-OSHA, 2007). No estudo de García-Rodríguez *et al.* (2014) a insegurança laboral também é referida como fator de risco e num outro estudo, realizado pelos investigadores Fuß, Nübling, Hasselhorn, Schwappach e Rieger (2008), concluiu-se que o trabalho interferia no conflito familiar (conflito trabalho/família) relativamente aos médicos da Alemanha, quer nos fatores relacionados com a organização, quer em fatores de relações interpessoais.

As escalas da dimensão “valores no local de trabalho”, não apresentam valores muito preocupantes no risco para a saúde dos trabalhadores. Ainda assim, a que tem maior percentagem é a escala “**justiça e respeito**” (25%). Contudo, esta escala, juntamente com a escala “confiança horizontal”, podem vir a causar problemas no futuro já que a maior parte dos profissionais se encontra numa situação de potencial risco para a saúde. Apesar de considerarmos estes valores baixos, na escala “justiça e respeito”, os resultados foram superiores aos encontrados por Silva e colegas (2012), os quais foram de 12%, para a população de trabalhadores portugueses.

Aparentemente, na dimensão “personalidade”, não existe razão para preocupação, no que diz respeito a situações de risco para a saúde. Contudo é necessária atenção, pois a maioria dos profissionais está em situação de potencial risco. Resultado idêntico foi encontrado por Silva e outros (2012).

Apesar de vários estudos indicarem que os profissionais de saúde estão sujeitos a comportamentos ofensivos, violência física, assédio moral e assédio sexual (Bernaldo-de-Quirós, Labrador, Piccinia, Gómez & Cerdeira, 2014; Carvalho, 2007; Joa & Morken, 2012; Pai, Lautert, Souza, Marziale & Tavares, 2014), no nosso estudo a dimensão “comportamentos ofensivos no local de trabalho” não apresenta risco para a saúde dos profissionais. Outros estudos realizados em Portugal, usando o mesmo questionário, obtiveram igualmente valores baixos para esta dimensão (Cardoso, 2012; Costa, 2015; Gonçalves, 2015; Ribeiro, 2015; Silva

et al., 2012). Estes resultados, poderão ser aferidos pela possível aplicação de diferente metodologia de colheita de dados, destinada à avaliação deste tipo de comportamentos.

Analisando agora as consequências dos riscos psicossociais, segundo a percepção dos trabalhadores, referente ao estado geral de saúde, problemas em dormir, *burnout*, *stress* e sintomas depressivos, verificámos que estas escalas, as quais fazem parte da dimensão “saúde e bem-estar”, revelaram que o “**burnout**” coloca 41% dos trabalhadores em situação de risco e que todas as restantes escalas, colocam a maioria dos profissionais em situação de potencial risco. Assim sendo, todas as escalas obtiveram valores superiores, na situação de risco para a saúde, relativamente ao estudo de Silva *et al.* (2012).

Os autores, Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2012), realizaram uma revisão dos principais fatores indutores de estados de *stress*, em profissionais de saúde, os quais incluem fatores de natureza organizacional, mas também de natureza socio emocional. Nessa revisão identificaram fatores, tais como os conflitos interpessoais, a falta de suporte social, o contacto com doentes terminais e as exigências emocionais dos doentes e dos seus familiares. Contudo, estados de *stress* relacionado com o trabalho, em profissionais de saúde, podem estar relacionados com múltiplas fontes, dependendo da organização, do setor específico, das funções desempenhadas e da resposta individual às possíveis circunstâncias indutoras de reações de stress.

Os fatores de risco psicossociais encontrados no presente estudo, enquadram-se na síntese realizada por Serra (1999), relativamente aos fatores indutores de stress, em profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos). Embora não seja uma publicação muito atual, o autor refere a sobrecarga de trabalho, a pressão do tempo, a percepção de não se ter controlo sobre as exigências da profissão, fraca capacidade de autonomia nas tomadas de decisão, atitude passiva perante os problemas, atenção continuada a prestar a doentes graves ou difíceis, falta de apoio social (por parte de superiores hierárquicos ou familiares), má comunicação (com colegas, doentes, familiares de doentes ou supervisões), insatisfação com a forma como o técnico de saúde se sente tratado por superiores hierárquicos ou pela instituição e ainda, as dificuldades em conciliar as obrigações de trabalho com as familiares e domésticas.

Cotrim, Silva, Amaral, Bem-Haja e Pereira (2014), numa amostra de 1016 trabalhadores hospitalares portugueses de diferentes grupos profissionais, encontraram valores críticos para as exigências cognitivas e emocionais e, segundo os mesmos autores, as escalas “exigências quantitativas”, “conflito de papel”, “dificuldade em dormir”, “*burnout*”, “*stress*”, “sintomas depressivos” e “comportamentos ofensivos”, correlacionaram-se negativamente com a capacidade para o trabalho, o que quer dizer que quando estes riscos psicossociais são baixos

a capacidade para o trabalho é melhor. Por seu turno, as escalas “transparência de papel”, “reconhecimento”, “comunidade social no trabalho”, “qualidade de liderança”, “justiça”, “autoeficácia”, “significado do trabalho”, “satisfação laboral” e “possibilidades de desenvolvimento”, correlacionaram-se positivamente com a capacidade de trabalho, provavelmente atuando como fatores protetores da capacidade para o trabalho. Os resultados deste estudo são idênticos aos encontrados na presente investigação.

5.2 TESTE DE HIPÓTESES

Com o objetivo de analisar se a percepção dos riscos psicossociais varia em função das características sociodemográficas (idade e género) e socioprofissionais (serviço, grupo profissional, anos de serviço, tipo de vínculo e horário de trabalho) dos participantes, foram formuladas hipóteses orientadoras do estudo.

A hipótese 1, relativa à percepção de riscos psicossociais e a sua variação em função do grupo etário dos participantes, foi parcialmente confirmada pois verificámos a existência de diferenças significativas nas dimensões “exigências laborais”, “valores no local de trabalho” e “personalidade”. Nas dimensões “exigências laborais” e “valores no local de trabalho”, os trabalhadores do grupo etário dos 55 aos 67 anos, revelaram uma percepção dos riscos psicossociais menor (mais favorável para a saúde) que os profissionais que pertencem aos outros grupos. Na dimensão “personalidade”, o grupo etário dos 20 aos 31 anos, é o que apresenta valores mais altos. Contudo, o valor desta dimensão não apresenta riscos para a saúde dos trabalhadores.

Alguns estudos mostram que trabalhadores mais velhos, são recursos valiosos e altamente diferenciadores, pois apresentam mais formação, treino e experiência, sendo em norma mais produtivos, apresentando melhores competências de resiliência e de resposta a ambientes instáveis e adversos, permitindo uma melhor gestão pessoal e organizacional de fatores de risco psicossociais (Fernandes, 2016; Silverstein, 2008). Parece-nos que, ao olharmos para estes aspetos, os resultados supramencionados se tornam mais esclarecedores.

A hipótese 2, respeitante à variação da percepção de riscos psicossociais, em função do género dos participantes, não foi confirmada, pois não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres. No estudo de Fuß e colegas (2008) do qual já falamos anteriormente, que se realizou na Alemanha numa amostra de 296 médicos, e que pretendeu estudar se a saúde física e mental, o *burnout*, a *satisfação* com a vida, a capacidade para o

trabalho e o género influenciava a interface trabalho-indivíduo (conflito trabalho/família; conflito família/trabalho), a organização e conteúdo do trabalho, as relações sociais e liderança (apoio social dos colegas, apoio social dos superiores), os autores também não encontram diferenças significativas em relação ao género.

Burk e colegas (2017), pretenderam estudar a similaridades de género nas experiências de trabalho, na satisfação e bem-estar dos médicos na Turquia tendo obtido diferenças significativas, pois as médicas apresentaram maior conflito trabalho-família e burnout e menores níveis de *empowerment* psicossocial. Segundo os mesmos autores, o conflito trabalho-família e o *burnout* deve-se às responsabilidades familiares e o *empowerment* psicossocial é devido ao facto de as médicas ocuparem menos funções de chefias que os médicos.

Relativamente à hipótese 3, que pretendia testar a variação da perceção de riscos psicossociais, em função do Serviço onde os participantes trabalham, foi parcialmente confirmada, uma vez que foram encontradas diferenças significativas nas dimensões “organização de trabalho e conteúdo”, “interface trabalho-indivíduo” e “saúde e bem-estar”. Na dimensão “organização de trabalho e conteúdo”, os trabalhadores da administração do hospital sentem menos riscos psicossociais nestas dimensões comparativamente aos trabalhadores dos serviços clínicos. Este facto é perfeitamente compreensível, pois os profissionais dos serviços clínicos, são os que prestam cuidados aos doentes 24 horas por dia, sendo assim os mais influenciados por estes fatores psicossociais (Paulos, 2009).

Um estudo realizado por Rahman, Abdul-Mumin e Lin Naing (2017) com o objetivo de avaliar a exposição aos *stressores* laborais, a fadiga laboral e as lesões músculo-esqueléticas, em enfermeiros de dois serviços hospitalares (Urgência e Cuidados Intensivos), revelou resultados que variaram dependendo do serviço. Os enfermeiros dos Cuidados Intensivos experienciaram maiores exigências quantitativas relativamente aos da Urgência. Ainda assim, os deste último serviço, experienciaram quatro vezes mais ameaças de violência e 2,8 vezes mais fadiga crónica.

A hipótese 4, relativa à variação da perceção de riscos psicossociais, em função do grupo profissional, foi confirmada, pois, existem várias diferenças entre os grupos profissionais para todas as dimensões à exceção da dimensão “relações sociais e liderança”. Os resultados vão variando de dimensão para dimensão, variando igualmente o grupo profissional que se apresenta numa situação mais elevada de risco. Contudo, os enfermeiros são os que apresentam valores mais elevados em quase todas as dimensões. Muitos estudos apontam

para a diferença entre profissões, mesmo em idêntico setor de atividade (Cotrim et al., 2014; Ghaffari et al. 2017).

Não se confirmou a hipótese 5, que afirmava que a percepção de riscos psicossociais, variava em função do tempo de serviço dos participantes, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Ao contrário do presente estudo, Ribeiro (2015) que avaliou os riscos psicossociais relacionados com o trabalho dos enfermeiros e analisou a relação de algumas variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e psicológicas com esses mesmos riscos, o autor encontrou diferenças quer na idade quer no tempo de serviço, referindo que os enfermeiros mais velhos e com mais tempo de serviço percebem menos riscos relativos à satisfação no trabalho.

A percepção de riscos psicossociais, varia em função do tipo de vínculo profissional dos participantes, constituía a hipótese 6. A mesma apenas se confirmou na dimensão “organização do trabalho e conteúdo”, sendo que os trabalhadores em contrato individual de trabalho apresentam maior percepção dos riscos psicossociais que os trabalhadores em contrato de trabalho em funções públicas. Apesar das diferenças de vínculo contratual, praticamente não houve diferenças entre os profissionais na percepção dos riscos psicossociais. O mesmo não aconteceu com Dias (2012), o qual no seu estudo sobre a motivação dos enfermeiros em tempo de crise, encontrou diferenças de motivação e satisfação conforme o tipo de vínculo (maior motivação e satisfação nos enfermeiros em contrato de trabalho a termo certo), concluindo ainda que o tipo de vínculo tem influência na propensão para constituição de família, onde se destacam os funcionários de contrato de trabalho de função pública com o maior número de filhos.

Por último, a hipótese 7, afirmava que a percepção de riscos psicossociais, varia em função de trabalhar por turnos. Esta foi parcialmente confirmada neste estudo, pois foram verificadas diferenças significativas nas dimensões “organização do trabalho e conteúdo”, “interface trabalho-indivíduo”, “comportamentos ofensivos” e “saúde e bem-estar”. Em todas estas dimensões os profissionais que trabalham por turnos, apresentaram valores superiores relativamente aos outros profissionais.

Numa instituição hospitalar, a organização do tempo de trabalho por turnos é fundamental para garantir a prestação de cuidados aos doentes. Segundo Ribeiro (2008), o trabalho por turnos compromete a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

Buja et al. (2013), num estudo realizado, envolvendo uma amostra de 806 enfermeiros, confirmaram que o turno da noite é um fator de risco na percepção de saúde dos enfermeiros.

Segundo Ferri et al. (2016), é necessário dar atenção aos enfermeiros que trabalham no turno da noite, pois apresentam maior risco, devido à insatisfação sentida e aos problemas de saúde apresentados.

Os resultados obtidos, justificam a preocupação inicial deste estudo. Seguidamente, apresentamos as considerações finais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer os fatores de risco psicossociais que mais afetam os profissionais de saúde que trabalham no Hospital Espírito Santo EPE, de Évora.

Concluímos que os fatores de risco psicossocial que mais colocam os trabalhadores numa situação de risco para a saúde são: as “exigências cognitivas” e as “exigências emocionais”. Mas existem outros fatores como: a “influência no trabalho”, os “conflitos laborais”, o “apoio social de superiores”, a “insegurança laboral”, o “conflito trabalho/família” e a “justiça e respeito”, que embora apresentem valores de risco inferiores aos das exigências cognitivas e emocionais, não deixam de ser preocupantes.

No que respeita às consequências dos riscos psicossociais o mais referido foi o “*burnout*”, mas muitos dos profissionais também referem o estado geral de saúde, os problemas em dormir, o *stress* e os sintomas depressivos.

Verificou-se que a perceção dos riscos psicossociais varia em função do grupo etário, nas dimensões “exigências laborais”, “valores no local de trabalho” e “personalidade”, sendo que o grupo dos trabalhadores de maior idade, tem uma perceção dos riscos psicossociais menor (mais favorável para a saúde) que os profissionais dos outros grupos.

Confirmou-se que a perceção de riscos psicossociais, varia em função do serviço onde os participantes trabalham, nas dimensões “organização de trabalho e conteúdo”, “interface trabalho-indivíduo” e “saúde e bem-estar”. Na dimensão “organização de trabalho e conteúdo”, os trabalhadores da administração do hospital sentem menos riscos que os trabalhadores dos serviços clínicos. Também foi nesta dimensão que se encontraram diferenças entre os trabalhadores em contrato individual de trabalho e os trabalhadores em contrato de trabalho em funções públicas, sendo que os primeiros apresentam maior perceção dos riscos referentes à “organização de trabalho e conteúdo”.

Para finalizar, concluímos que, o horário de trabalho (por turnos ou não), origina uma variação na perceção de risco nas dimensões “organização do trabalho e conteúdo”, “interface trabalho-indivíduo”, “comportamentos ofensivos” e “saúde e bem-estar”. Em todas estas dimensões, os profissionais que trabalham por turnos, apresentam valores superiores relativamente aos outros profissionais.

Este estudo pretende ainda contribuir para a implementação de uma metodologia de gestão dos riscos psicossociais do trabalho, no Hospital Espírito Santo, EPE de Évora, o qual, através do seu Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho realiza “gestão de riscos”, não tendo ainda implementado qualquer metodologia no que respeita aos riscos psicossociais.

É necessário que as organizações disponham de uma metodologia de avaliação e gestão de riscos psicossociais do trabalho. Embora não tenha sido objetivo deste estudo, definir uma metodologia de avaliação e gestão de riscos psicossociais do trabalho, consideramos que esse passo é importante e que este trabalho se poderá constituir como um diagnóstico, pré-requisito indispensável para uma intervenção eficaz (Neto, 2015).

Limitações do estudo

Existem vários estudos sobre riscos psicossociais, em diferentes profissões da área da saúde, como é o caso dos enfermeiros, mas tomados de forma isolada. Contudo, existem poucos que analisem os riscos psicossociais na organização hospitalar, o que tornou mais difícil a discussão dos resultados.

A dificuldade que sentimos na obtenção de respostas ao questionário também foi uma limitação ao estudo, pois com uma amostra mais representativa permitiria uma maior precisão e validade dos resultados.

Ao analisar o resultado dos questionários, na dimensão “comportamentos ofensivos”, ficámos com a sensação que os resultados não demonstraram o que se passa na realidade, provavelmente porque as questões do COPSOQ, para esta dimensão, sejam muito diretas ou difíceis de admitir que se seja vítima de agressão.

No desenvolvimento deste estudo demos conta que a metodologia de avaliação de riscos psicossociais no trabalho, através de questionário, apenas permite a identificação de fatores de risco, sendo limitativa e incapaz de concretizar os princípios da avaliação de riscos. Para a gestão dos riscos psicossociais no trabalho deverão ser usadas metodologias de processo com enfoque na gestão preventiva de riscos psicossociais, usando um conjunto diversificado de técnicas quantitativas e qualitativas, consoante os requisitos do estudo analítico a efetuar, as diferentes fases da avaliação e os recursos disponíveis para as concretizar (recursos humanos, financeiros, temporais, etc.).

Investigações futuras

A análise do presente estudo é sustentada na recolha de dados referentes à perceção dos trabalhadores sobre a sua exposição a situações de risco psicossocial, mas como refere Neto (2015), é necessário também realizar uma análise crítica das situações de trabalho, no sentido de permitir um cruzamento de informação e contraposição das perceções. O mesmo autor sugere que se junte aos questionários já existentes na literatura, para avaliação de riscos psicossociais, uma lista de verificação com campo de observações, tendo por base a legislação.

Em alternativa poderão ser utilizadas outras metodologias com matriz mais próxima do formato de lista de verificação como, por exemplo, a Metodologia Geral de Riscos (MGER 2.0), o Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais e Identificação de Situações de Risco (QARPIS) ou a Lista de verificação sobre Stresse no trabalho e Ambiente Psicossocial (STAP) (Neto, 2015).

Será pertinente avaliar estas novas ferramentas de avaliação dos riscos psicossociais do trabalho, em estudos futuros.

O presente estudo revela-se um contributo significativo para o conhecimento dos riscos psicossociais que afetam os profissionais de saúde do Hospital Espírito Santo de Évora EPE, dotando a instituição com informação diagnóstica que lhe permita atuar com a mesma acuidade com que já atua relativamente aos restantes riscos laborais.

BIBLIOGRAFIA

- Alli, B. (2001). *Fundamental principles of occupational health and safety*. Geneva. International Labour Office.
- Areosa, J., Neto, H. (2014). *Sociedade dos riscos emergentes*, In H. V. Neto; J. Areosa; P. Arezes (Eds.), *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho* (pp. 5-23). Porto, Portugal: Civeri Publishing.
- Armstrong, M. (2006). *A Handbook of Human Resource Management Practice*. 10th Edition. London: Cambridge University Press.
- ARSLVT - Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo (2010). *Segurança e Saúde no Trabalho - Gestão do Risco Profissional em Estabelecimentos de Saúde*. Orientação Técnica n.º 1.
- Astorga, C. (2005). *Estrés, Burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamento*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Bastida, N. (2002). Problemas laborales asociados al consumo de alcohol. *Adicciones*, 14 (1), 239-249.
- Bernaldo-de-Quirósa, M, Labrador F., Piccinia, A., Gómez, M., Cerdeira, J. (2014). Violencia laboral en urgencias extrahospitalarias: una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica. *Clínica y Salud*, 25, 11-18.
- Biksegn, A., Kenfe, T, Mاتيوس, S., Eshetu, G. (2016). Burnout Status at Work among Health Care Professionals in a Tertiary Hospital. *Ethiop J Health Sci.*, Vol. 26, No. 2, 101-108.
- Burke, R. (1988). Sources of managerial and professional stress in large organizations. In C. L. Cooper, R. Payne (Eds.). *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Burke, R., Koyuncu, M., Wolpin, J., Yirik, S., Koyuncu, K., Yurcu, G. (2017). Gender Similarities in Work Experiences, Satisfactions and Well-Being among Physicians in Turkey: One More Time. *JOJ Nurse Health Care*, 3(4), 1-5.
- Cardoso, C. (2012). *Análise da Capacidade para o Trabalho e dos Fatores Psicossociais em Trabalhadores de Serviços Municipalizados e de Controlo de Tráfego*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.
- Carmo, H., Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.
- Carvalho, G. (2007). Mobbing: Assédio moral em contexto de enfermagem- estudo preliminar. *Revista de investigação*, 15, 43-55.
- Chiavenato, I. (1995). *Recursos Humanos*. (3ª ed.). São Paulo: Atlas.

Coelho, J. (2009). Gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho em hospitais no quadro da União Europeia. (Tese de Doutoramento). Universidade Fernando Pessoa. Porto: Portugal.

Coelho, J. (2008). *Uma introdução à psicologia da saúde ocupacional: prevenção dos riscos psicossociais no trabalho*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Coelho, J. (2010). *Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Coelho, J. (2011). *Gestor Hospitalar e Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho*. Lisboa: Placebo, Editora, Lda.

Coelho, J., Zanelli, J., Tostes, A. (2016). Psicologia da Saúde Ocupacional. In M. J. Chambel, Psicologia da Saúde Ocupacional (pp. 167-182). Lisboa, Portugal: Pactor- Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.

Costa, A. (2015). Riscos Psicossociais e Capacidade no Trabalho na população de Outil (Cantanhede). (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra. Coimbra: Portugal.

Cotrim, T., Silva, C., Amaral, V., Bem-Haja P., Pereira, A. (2014). *Work ability and psychosocial factors in healthcare settings: Results from a national study*. In Vincent Duffy and Nancy Lightner (Eds), "Advances in Human Aspects of Healthcare", Publisher AHFE Conference, 2014, 32-39.

Cox, T., & Cox, S. (1993). Psychosocial and Organizational Hazards: Monitoring and Control. Occasional series in Occupational Health.N.5. Copenhagen, Denmark: World Health Organization (Europe).

Cox, T., Griffiths, A. & Cox, S. (1996). Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health. Geneva: International Labour Office (ILO).

Decreto-Lei n.º 441/91 de 14 novembro. Diário da República: I Serie A, nº 62 (1991).

Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro. Diário da República n.º 42/2007, 2º Suplemento, Série I. Ministério da Saúde.

Di Martino, V., Hoel, H., Cooper, C. (2003). *Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail*. Luxembourg: Office des Publications Officielles des Communautés Européennes.

Dias, I. (2008). Violência contra mulheres no trabalho. O caso do assédio sexual. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, 11-23.

Dias, M. (2012). A motivação dos enfermeiros em tempo de crise. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Porto: Portugal.

Diretiva 2002/73/CE, de 23 de setembro do Parlamento Europeu e do Conselho. Jornal Oficial das Comunidades Europeias: L 269/15 (2002). Acedido em maio 2016. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu>.

Diretiva 2003/88/CE, de 4 de novembro do Parlamento Europeu e do Conselho. Jornal Oficial das Comunidades Europeias: L 299/9 (2003). Acedido em maio 2016. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu>.

Diretiva 89/391/CEE. 12 de junho de 1989 do Conselho das comunidades europeias. Jornal Oficial das Comunidades Europeias: L 183 / 1 (1889). Acedido em maio 2016. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu>.

EC - European Commission (2011). Occupational Health and safety Risks in the health care sector. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community.

Estratégia comunitária 2007/2012 para a saúde e a segurança no trabalho de 15 de janeiro de 2008, Resolução do Parlamento Europeu (2007/2146 (INI). Jornal Oficial das Comunidades Europeias: C 41 E/14 (2009).

EU (2011) - European Commission. Occupational Health and safety Risks in the health care sector. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community.

EU (2012) – European Commission. Riscos de segurança e saúde no trabalho no setor da saúde — Guia de prevenção e boas práticas. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community.

EU-OSHA (2000). Research on work-related stress. European Agency for Safety and Health at Work, 2000.

EU-OSHA (2010a). Health and safety at work in Europe (1999-2007) — A statistical portrait. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community.

EU-OSHA (2010b). The European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community.

Eurofound (2012). *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Overview report: 5th European Working Conditions Survey*.

Faria, A. (2008). Caracterização e Análise dos Acidentes de Trabalho com Profissionais de Enfermagem numa Unidade Hospitalar. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Braga: Portugal.

Fernandes, C. (2016). Capacidade para o Trabalho: Apreciação dos Riscos Psicossociais na Indústria. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro. Aveiro: Portugal.

Ferreira, V. (2010) – Comissão para a Igualdade de Trabalho e de Emprego. A Igualdade de Mulheres e Homens no Trabalho e no Emprego em Portugal – Políticas e Circunstâncias. CITE.

Ferri, P., Matteo Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D., Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2016:9, 203-211.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. (2ª ed.). Loures. Lusociência

Freixo, M. (2010). *Metodologia científica*. (2.ª Ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H., Schwappach, D., Rieger, M. (2008). Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 8, 353.

Ghaffari, M., Alinaghizadeh, H., Ghalichi, L., Pournik, O., Vingard, E. (2017). Assessment of the Psychosocial Work Environment among Health Care Workers and Association with Work and Socioeconomic Status. *Arch Neurosci*, 4(3):e13576

Gomes, A. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Vol 48, No. 1, 129-141.

Gomes, R., Cruz, J. Cabanelas, J. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jul-Set 2009, Vol. 25 n. 3, 307-318.

Gonçalves, S. (2015). *Riscos Psicossociais em Operadores de Central de Segurança*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal.

Greenhaus, J., Beutell, N. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10, 76-88.

HESE (2016). Plano de Atividades & Orçamento. Acedido em abril 2017. Disponível em: http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/info_gestao/plano_de_atividades_e_orcamento_2016.pdf.

Hirigoyen, M. (2002). *O Assédio no trabalho: como distinguir a verdade*. Cascais: Editora Pergaminho.

Houtman, I., Douwes, M., Zondervan, E. & Jongen, M. (2014). Monitoring new and emerging risks. Agencia Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Acedido em 10 de janeiro de 2016 em https://oshwiki.eu/wiki/Monitoring_new_and_emerging_risks.

Joa, T., Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 55-60.

Kalimo, R. (1988). Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general. In R. Kalimo, M. El-Batawi & C. L. Cooper, Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud (pp. 3-8). Ginebra: OMS.

Kristensen T, Hannerz H., Hogh A. & Borg V. (2005). The Copenhagen psychosocial questionnaire—A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. 31(6): 438–449.

Kristensen T. (2002). A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *TUTB Newslwttter*,19-20, 45-47.

Krung, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.

Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de agosto da Assembleia da República. Diário da República: I série-A, n.º 155 (2005). Acedido a maio 2016. Disponível em www.dre.pt

Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, da Assembleia da República. Diário da República: I série, n.º 176 (2009). Acedido a maio 2016. Disponível em www.dre.pt.

Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro (Aprova o Código do Trabalho). Diário da República: I série, n.º30 (2009). Acedido a maio 2016. Disponível em www.dre.pt.

Marôco, J. (2014). Análise Estatística com o SPSS Statistics. (6ª ed.). Pêro Pinheiro. ReportNumber.

Marôco, J., Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

Moncada, S., Llorens, A., Kristensen, T.S. (2002). Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Método IS-TAS 21(COPSOQ). Barcelona. Paralelo Edición, S.A.

Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., Kristensen, T. (2005). ISTAS21: Versión en lengua castellana del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (COPSOQ). Barcelona: ISTAS.

Neto, H. (2014) Riscos psicossociais: conceptualização e dimensões analíticas, In H. V. Neto; J. Areosa; P. Arezes (Eds.) – Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho, Porto: Civeri Publishing. ISBN: 978-989-97762-9-6, pp. 24-47.

Neto, H. (2015). Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *International Journal on Working Conditions*, No.9, June 2015, 1-21.

Netterstrom, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., & Rugulies, R. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic Reviews*, 30, 118-132.

MS, SNS (2016). Ministério da Saúde e Serviço Nacional de Saúde. Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Acedido em Abril 2017. Disponível em:

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-Social-MS-e-SNS_2016.pdf.

Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H., Michaelis, M., Hofmann, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *GMS Psychosocial Medicine*, 3.

OIT (1984). Organización Internacional del Trabajo. Factores psicossociales en el trabajo. Naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: OIT.

OMS (2010). Organização Mundial de Saúde. Ambientes de Trabalho Saudáveis: Um modelo para ação. Edição Serviço Social da Indústria Departamento Nacional. Brasília: Brasil

Pai, D., Lautert, L., Souza, S., Marziale, M., Tavares, J. (2015). Violence, burnout and minor psychiatric disorders in hospital work. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 49(3), 457-464.

Paulos, C. (2009). *Riscos Psicossociais no Trabalho*. Lisboa. Portugal. Verlag Dashöfer Portugal.

Peiró, J. (2000). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.

Pejtersen, J., Kristensen, T., Borg, V., Bjorner, j. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38(Suppl 3): 8–24.

Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33– 51). Washington, DC: Taylor and Francis.

Portaria 117/2008, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2008, Série I. Ministério da Saúde.

Portuné, R. (2012). Psychosocial risks in the workplace: Increasing challenge for german and international health protection. *Arh Hig Rada Toksikol*, 63, 123-131.

Rahman, H., Abdul-Mumin, K. & Lin Naing, L. (2017). Psychosocial Work Stressors, Work Fatigue, and Musculoskeletal Disorders: Comparison between Emergency and Critical Care Nurses in Brunei Public Hospitals. *Asian Nursing Research*, 11, 13-18.

Reis, F. (2010). *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado: segundo Bolonha*. Lisboa. Pactor- Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.

Reorganization Using the Demand/Control Model. *Bulletin of Science, Technology & Society*. 24 (5), 446-456.

Ribeiro, M. (2015). Riscos psicossociais no trabalho dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.

Ribeiro, M. (2008). Consequências do trabalho por turnos e noturno em profissionais de enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Rodrigues, L., Ginó, A., Sena, C., Dahlin, K., (2002). Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde, Lisboa: Edições Colibri/Apifarma.

Roque, I. (2014). Precariedade e Alienação dos Licenciados no Trabalho Informatizado, In H. V. Neto; J. Areosa; P. Arezes (Eds.) – Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho (pp. 73-90). Porto, Portugal: Civeri Publishing.

Sacadura-Leite, E., Sousa-Uva, A. (2012) Fatores Indutores de Stress em Profissionais de Saúde. *SPMT*, st 8, 7-21.

Serra, A. (1999) – *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Edição do Autor. Coimbra.

Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J. & Nossa, P. (2012). Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ, Portugal e países de língua oficial portuguesa. 1ª Edição. Editora Exacta.

Silva, C., Costa, J., Pereira, A., Amaral, V., Pereira, Al. Vasconcelos, G., Nossa, P., Silvério, J., Rodrigues, V., Cotrim, T. (2014). Versão Portuguesa do Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II), In H. Neto, J. Areosa, & P. Arezes (Eds.), Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho, Cap 17 (pp. 347-369). Porto, Portugal: Civeri Publishing.

Silverstein, M. (2008). Meeting the challenges of an aging workforce. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(4), 269-280.

Steffen, A. (2008). *Fatores de motivação no trabalho da equipe de enfermagem em um pronto atendimento do vale dos sinos*. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale.

Takeda, E., Robazzi, M., Lavrador, M. (2001) Risco ocupacional de adquirir tuberculose entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 53 (3). Rio de Janeiro.

ANEXOS I

A Pauses de Trabalho
Psicológicas e salubres
de trabalhadores

Hoje debate de Trabalho
e melhoramento do processo

Carlos Mateus Gomes
Vogal Executivo
16/04/16

Carlos Mateus Gomes
Vogal Executivo
16/04/16

Exmo. Sr. Dr. Carlos Gomes
Voga Executivo do Hospital Espírito Santo
de Évora EPE
Exmo. Sr. Presidente da Comissão de
Ética do Hospital Espírito Santo de Évora
EPE

Nada a ver
a Comissão de Ética
16/04/16
Rodrigues

À Comissão de Ética,
Vos devidos cumprimentos
Atenciosamente
Carlos Mateus Gomes
Vogal Executivo
16/04/16

Évora, 18 de abril de 2016

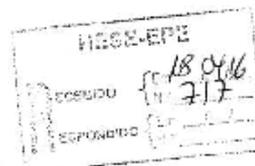
Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de Dissertação de Mestrado

Na qualidade de aluna do Mestrado de Gestão na área de recursos humanos da Universidade de Évora, eu, Célia Cristina Ribeiro Rodrigues, Técnica de Diagnóstico e Terapêutica do Serviço de Anatomia Patológica com o nº mecanográfico 1990 solicito autorização para a execução do projeto "**Riscos psicossociais dos profissionais de saúde em contexto de trabalho hospitalar**" submetido em anexo. O mesmo projeto também foi submetido ao Centro de investigação do HEGE EPE.

Também peço autorização para utilizar a intranet do HESE EPE para colocar um link do questionário para facilitar o acesso a todos os profissionais.

Com os melhores cumprimentos,

Rodrigues



ANEXOS II

Imagem 1 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “exigências laborais” por grupo etário.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro	Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
56-67-32-43	45,748	14,850		3,081	,002	,012
56-67-44-55	46,686	15,280		3,055	,002	,013
56-67-20-31	48,657	16,137		3,015	,003	,015
32-43-44-55	-,938	9,736		-,096	,923	1,000
32-43-20-31	2,909	11,033		,264	,792	1,000
44-55-20-31	1,971	11,606		,170	,865	1,000

Imagem 2 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “valores no local de trabalho” por grupo etário.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro	Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
56-67-44-55	23,911	15,290		1,564	,118	,707
56-67-20-31	36,078	16,148		2,234	,025	,153
56-67-32-43	44,063	14,859		2,965	,003	,018
44-55-20-31	12,167	11,613		1,048	,295	1,000
44-55-32-43	20,151	9,743		2,068	,039	,232
20-31-32-43	-7,985	11,041		-,723	,470	1,000

Imagem 3 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “personalidade” por grupo etário.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro	Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
32-43-44-55	-5,550	9,478		-,586	,558	1,000
32-43-56-67	-13,062	14,455		-,904	,366	1,000
32-43-20-31	41,780	10,740		3,890	,000	,001
44-55-56-67	-7,511	14,874		-,505	,614	1,000
44-55-20-31	36,229	11,297		3,207	,001	,008
56-67-20-31	28,718	15,708		1,828	,068	,405

Imagem 4 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “organização de trabalho e conteúdo” por Serviço.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Administração-Serviços de Apoio	-57,611	25,920	-2,223	,026	,157
Administração-Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica	-64,534	25,920	-2,490	,013	,077
Administração-Serviços Clínicos - Acção Médica	-71,441	23,219	-3,077	,002	,013
Serviços de Apoio-Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica	6,923	17,781	,389	,697	1,000
Serviços de Apoio-Serviços Clínicos - Acção Médica	13,630	13,544	1,021	,307	1,000
Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica-Serviços Clínicos - Acção Médica	6,907	13,544	,510	,610	1,000

Imagem 5 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Interface trabalho-indivíduo” por Serviço.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Administração-Serviços de Apoio	-32,971	25,923	-1,272	,203	1,000
Administração-Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica	-47,298	25,923	-1,825	,068	,408
Administração-Serviços Clínicos - Acção Médica	-80,816	23,222	-3,480	,001	,003
Serviços de Apoio-Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica	14,327	17,783	,806	,420	1,000
Serviços de Apoio-Serviços Clínicos - Acção Médica	47,845	13,546	3,532	,000	,002
Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica-Serviços Clínicos - Acção Médica	33,518	13,546	2,474	,013	,080

Imagem 6 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Saúde e bem-estar” por Serviço.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Administração-Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica	-35,976	25,950	-1,386	,166	,994
Administração-Serviços de Apoio	-36,649	25,950	-1,412	,158	,947
Administração-Serviços Clínicos - Acção Médica	-77,333	23,246	-3,327	,001	,005
Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica-Serviços de Apoio	-,673	17,802	-,038	,970	1,000
Serviços Clínicos - Diagnóstico e Terapêutica-Serviços Clínicos - Acção Médica	41,357	13,560	3,050	,002	,014
Serviços de Apoio-Serviços Clínicos - Acção Médica	40,684	13,560	3,000	,003	,016

Imagem 7 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Exigências laborais” por Grupo profissional.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Assistente Técnico-Assistente Operacional	-6,733	18,793	-,358	,720	1,000
Assistente Técnico-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-12,650	18,540	-,682	,495	1,000
Assistente Técnico-Técnico Superior	-29,244	20,448	-1,430	,153	1,000
Assistente Técnico-Médico	-35,071	16,434	-2,134	,033	,690
Assistente Técnico-Enfermeiro	-52,935	13,750	-3,850	,000	,002
Assistente Técnico-Dirigente Intermédio	116,700	31,906	3,658	,000	,005
Assistente Operacional-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-5,917	20,151	-,294	,769	1,000
Assistente Operacional-Técnico Superior	-22,510	21,919	-1,027	,304	1,000
Assistente Operacional-Médico	-28,338	18,232	-1,554	,120	1,000
Assistente Operacional-Enfermeiro	-46,202	15,855	-2,914	,004	,075
Assistente Operacional-Dirigente Intermédio	109,967	32,868	3,346	,001	,017
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Técnico Superior	-16,594	21,702	-,765	,445	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Médico	22,421	17,971	1,248	,212	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Enfermeiro	40,285	15,554	2,590	,010	,202
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Dirigente Intermédio	104,050	32,724	3,180	,001	,031
Técnico Superior-Médico	5,828	19,933	,292	,770	1,000
Técnico Superior-Enfermeiro	23,691	17,785	1,332	,183	1,000
Técnico Superior-Dirigente Intermédio	87,456	33,842	2,584	,010	,205
Médico-Enfermeiro	17,864	12,972	1,377	,168	1,000
Médico-Dirigente Intermédio	81,629	31,579	2,585	,010	,205
Enfermeiro-Dirigente Intermédio	63,765	30,269	2,107	,035	,738

Imagem 8 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Organização do trabalho e conteúdo” por Grupo profissional.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Dirigente Intermédio-Médico	-78,443	31,616	-2,481	,013	,275
Dirigente Intermédio-Assistente Operacional	-81,376	32,907	-2,473	,013	,281
Dirigente Intermédio-Técnico Superior	-85,025	33,882	-2,509	,012	,254
Dirigente Intermédio-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-108,855	32,763	-3,322	,001	,019
Dirigente Intermédio-Enfermeiro	-112,915	30,305	-3,726	,000	,004
Dirigente Intermédio-Assistente Técnico	-127,800	31,944	-4,001	,000	,001
Médico-Assistente Operacional	2,933	18,254	,161	,872	1,000
Médico-Técnico Superior	-6,582	19,957	-,330	,742	1,000
Médico-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-30,412	17,992	-1,690	,091	1,000
Médico-Enfermeiro	34,472	12,988	2,654	,008	,167
Médico-Assistente Técnico	49,357	16,454	3,000	,003	,057
Assistente Operacional-Técnico Superior	-3,649	21,945	-,166	,868	1,000
Assistente Operacional-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-27,478	20,175	-1,362	,173	1,000
Assistente Operacional-Enfermeiro	-31,539	15,874	-1,987	,047	,986
Assistente Operacional-Assistente Técnico	46,424	18,815	2,467	,014	,286
Técnico Superior-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	23,830	21,728	1,097	,273	1,000
Técnico Superior-Enfermeiro	27,890	17,806	1,566	,117	1,000
Técnico Superior-Assistente Técnico	42,775	20,472	2,089	,037	,770
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Enfermeiro	4,060	15,573	,261	,794	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Assistente Técnico	18,945	18,562	1,021	,307	1,000
Enfermeiro-Assistente Técnico	14,885	13,766	1,081	,280	1,000

Imagem 9 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Valores no local de trabalho” por Grupo profissional.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro	Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Dirigente Intermédio-Médico	-50,986	31,601		-1,613	,107	1,000
Dirigente Intermédio-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-52,559	32,747		-1,605	,108	1,000
Dirigente Intermédio-Assistente Operacional	-53,233	32,891		-1,618	,106	1,000
Dirigente Intermédio-Enfermeiro	-73,950	30,290		-2,441	,015	,307
Dirigente Intermédio-Assistente Técnico	-77,617	31,929		-2,431	,015	,316
Dirigente Intermédio-Técnico Superior	-103,275	33,865		-3,050	,002	,048
Médico-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-1,573	17,984		-,087	,930	1,000
Médico-Assistente Operacional	2,248	18,245		,123	,902	1,000
Médico-Enfermeiro	22,964	12,981		1,769	,077	1,000
Médico-Assistente Técnico	26,631	16,446		1,619	,105	1,000
Médico-Técnico Superior	-52,289	19,947		-2,621	,009	,184
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Assistente Operacional	,674	20,165		,033	,973	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Enfermeiro	21,391	15,565		1,374	,169	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Assistente Técnico	25,058	18,553		1,351	,177	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Técnico Superior	-50,716	21,718		-2,335	,020	,410
Assistente Operacional-Enfermeiro	-20,717	15,866		-1,306	,192	1,000
Assistente Operacional-Assistente Técnico	24,383	18,806		1,297	,195	1,000
Assistente Operacional-Técnico Superior	-50,042	21,934		-2,281	,023	,473
Enfermeiro-Assistente Técnico	3,667	13,759		,266	,790	1,000
Enfermeiro-Técnico Superior	-29,325	17,798		-1,648	,099	1,000
Assistente Técnico-Técnico Superior	-25,658	20,462		-1,254	,210	1,000

Imagem 10 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Personalidade” por Grupo profissional.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Assistente Operacional	15,240	19,607	,777	,437	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Assistente Técnico	21,288	18,039	1,180	,238	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Dirigente Intermédio	22,055	31,840	,693	,489	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Técnico Superior	-31,111	21,116	-1,473	,141	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Médico	31,140	17,486	1,781	,075	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Enfermeiro	51,190	15,134	3,382	,001	,015
Assistente Operacional-Assistente Técnico	6,048	18,285	,331	,741	1,000
Assistente Operacional-Dirigente Intermédio	6,814	31,980	,213	,831	1,000
Assistente Operacional-Técnico Superior	-15,871	21,326	-,744	,457	1,000
Assistente Operacional-Médico	-15,900	17,739	-,896	,370	1,000
Assistente Operacional-Enfermeiro	-35,949	15,427	-2,330	,020	,416
Assistente Técnico-Dirigente Intermédio	,767	31,044	,025	,980	1,000
Assistente Técnico-Técnico Superior	-9,823	19,895	-,494	,621	1,000
Assistente Técnico-Médico	-9,852	15,990	-,616	,538	1,000
Assistente Técnico-Enfermeiro	-29,902	13,378	-2,235	,025	,534
Dirigente Intermédio-Técnico Superior	-9,056	32,927	-,275	,783	1,000
Dirigente Intermédio-Médico	-9,086	30,725	-,296	,767	1,000
Dirigente Intermédio-Enfermeiro	-29,135	29,451	-,989	,323	1,000
Técnico Superior-Médico	,029	19,394	,002	,999	1,000
Técnico Superior-Enfermeiro	20,079	17,304	1,160	,246	1,000
Médico-Enfermeiro	20,049	12,622	1,588	,112	1,000

Imagem 11 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Interface trabalho-indivíduo” por Grupo profissional.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Dirigente Intermédio-Assistente Operacional	-17,476	32,910	-,531	,595	1,000
Dirigente Intermédio-Técnico Superior	-48,781	33,884	-1,440	,150	1,000
Dirigente Intermédio-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-53,341	32,765	-1,628	,104	1,000
Dirigente Intermédio-Médico	-83,586	31,618	-2,644	,008	,172
Dirigente Intermédio-Assistente Técnico	-87,150	31,946	-2,728	,006	,134
Dirigente Intermédio-Enfermeiro	-102,300	30,307	-3,375	,001	,015
Assistente Operacional-Técnico Superior	-31,305	21,946	-1,426	,154	1,000
Assistente Operacional-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-35,865	20,176	-1,778	,075	1,000
Assistente Operacional-Médico	-66,110	18,255	-3,621	,000	,006
Assistente Operacional-Assistente Técnico	69,674	18,817	3,703	,000	,004
Assistente Operacional-Enfermeiro	-84,824	15,875	-5,343	,000	,000
Técnico Superior-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	4,560	21,730	,210	,834	1,000
Técnico Superior-Médico	34,804	19,958	1,744	,081	1,000
Técnico Superior-Assistente Técnico	38,369	20,473	1,874	,061	1,000
Técnico Superior-Enfermeiro	53,519	17,807	3,005	,003	,056
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Médico	30,245	17,994	1,681	,093	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Assistente Técnico	33,809	18,563	1,821	,069	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Enfermeiro	48,959	15,574	3,144	,002	,035
Médico-Assistente Técnico	3,564	16,455	,217	,829	1,000
Médico-Enfermeiro	18,714	12,989	1,441	,150	1,000
Assistente Técnico-Enfermeiro	-15,150	13,767	-1,100	,271	1,000

Imagem 12 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Saúde e bem-estar” por Grupo profissional.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Dirigente Intermédio-Assistente Operacional	-28,952	32,944	-.879	,379	1,000
Dirigente Intermédio-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-39,227	32,800	-1,196	,232	1,000
Dirigente Intermédio-Técnico Superior	-57,969	33,920	-1,709	,087	1,000
Dirigente Intermédio-Assistente Técnico	-83,117	31,980	-2,599	,009	,196
Dirigente Intermédio-Enfermeiro	-100,190	30,339	-3,302	,001	,020
Dirigente Intermédio-Médico	-100,671	31,652	-3,181	,001	,031
Assistente Operacional-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-10,275	20,198	-.509	,611	1,000
Assistente Operacional-Técnico Superior	-29,016	21,969	-1,321	,187	1,000
Assistente Operacional-Assistente Técnico	54,164	18,837	2,875	,004	,085
Assistente Operacional-Enfermeiro	-71,238	15,892	-4,483	,000	,000
Assistente Operacional-Médico	-71,719	18,274	-3,925	,000	,002
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Técnico Superior	-18,741	21,752	-.862	,389	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Assistente Técnico	43,889	18,583	2,362	,018	,382
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Enfermeiro	60,963	15,590	3,910	,000	,002
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Médico	61,444	18,013	3,411	,001	,014
Técnico Superior-Assistente Técnico	25,148	20,495	1,227	,220	1,000
Técnico Superior-Enfermeiro	42,221	17,826	2,369	,018	,375
Técnico Superior-Médico	42,703	19,979	2,137	,033	,684
Assistente Técnico-Enfermeiro	-17,073	13,782	-1,239	,215	1,000
Assistente Técnico-Médico	-17,555	16,472	-1,066	,287	1,000
Enfermeiro-Médico	-.481	13,002	-.037	,970	1,000

Imagem 13 - Comparação múltipla de médias de ordem da dimensão “Comportamentos ofensivos” por Grupo profissional.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
Assistente Operacional-Médico	-30,795	17,136	-1,797	,072	1,000
Assistente Operacional-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-35,576	18,940	-1,878	,060	1,000
Assistente Operacional-Dirigente Intermédio	37,867	30,892	1,226	,220	1,000
Assistente Operacional-Assistente Técnico	42,383	17,663	2,399	,016	,345
Assistente Operacional-Enfermeiro	-51,005	14,915	-3,420	,001	,013
Assistente Operacional-Técnico Superior	-56,323	20,601	-2,734	,006	,131
Médico-Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	-4,781	16,891	-,283	,777	1,000
Médico-Dirigente Intermédio	7,071	29,680	,238	,812	1,000
Médico-Assistente Técnico	11,588	15,446	,750	,453	1,000
Médico-Enfermeiro	20,210	12,208	1,655	,098	1,000
Médico-Técnico Superior	-25,528	18,735	-1,363	,173	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Dirigente Intermédio	2,291	30,757	,074	,941	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Assistente Técnico	6,808	17,426	,391	,696	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Enfermeiro	15,429	14,633	1,054	,292	1,000
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica-Técnico Superior	-20,747	20,398	-1,017	,309	1,000
Dirigente Intermédio-Assistente Técnico	-4,517	29,988	-,151	,880	1,000
Dirigente Intermédio-Enfermeiro	-13,138	28,456	-,462	,644	1,000
Dirigente Intermédio-Técnico Superior	-18,456	31,807	-,580	,562	1,000
Assistente Técnico-Enfermeiro	-8,622	12,938	-,666	,505	1,000
Assistente Técnico-Técnico Superior	-13,940	19,218	-,725	,468	1,000
Enfermeiro-Técnico Superior	-5,318	16,728	-,318	,751	1,000

ANEXO III – QUESTIONÁRIO

RISCOS PSICOSSOCIAIS

Antes de mais, agradeço a sua disponibilidade para colaborar nesta Investigação.

O meu nome é Célia Rodrigues, Técnica Coordenadora do Serviço de Anatomia Patológica do HESE e frequento o Mestrado em Gestão na área de Recursos Humanos da Universidade de Évora. Este questionário insere-se num estudo sobre Riscos Psicossociais, que está a ser realizado no âmbito da dissertação de Mestrado referido anteriormente.

O questionário pretende avaliar os fatores de risco psicossocial a que os trabalhadores podem estar expostos no seu local de trabalho. Entende-se por fator de risco psicossocial todos aqueles aspetos do trabalho que, potencialmente, poderão afetar a vida psicológica e social do trabalhador, e resultam das interações sociais psicossociais negativas vivenciadas no trabalho. São exemplos as relações com a chefia, com os colegas de trabalho, com os utentes, a carga e ritmo de trabalho, o equilíbrio entre a vida familiar e profissional, etc.

Toda a informação recolhida é anónima e confidencial e não existem respostas certas ou erradas, por isso, deve responder com base no que sente.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Questionário para a Autoavaliação de Riscos Psicossociais no Trabalho

1. Das seguintes afirmações assinale a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as seguintes alternativas:

1 – Sempre; 2 – Frequentemente; 3 – Às vezes; 4 – Raramente; 5 – Nunca/quase nunca.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?	<input type="radio"/>				
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?	<input type="radio"/>				
3. Precisa fazer horas extras?	<input type="radio"/>				
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?	<input type="radio"/>				
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?	<input type="radio"/>				
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?	<input type="radio"/>				
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?	<input type="radio"/>				
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?	<input type="radio"/>				
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?	<input type="radio"/>				
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?	<input type="radio"/>				
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?	<input type="radio"/>				
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?	<input type="radio"/>				
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?	<input type="radio"/>				

	1	2	3	4	5
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?	<input type="radio"/>				
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?	<input type="radio"/>				
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?	<input type="radio"/>				
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?	<input type="radio"/>				
18. O seu trabalho apresenta objetivos claros?	<input type="radio"/>				
19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?	<input type="radio"/>				
20. Sabe exatamente o que é esperado de si?	<input type="radio"/>				
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?	<input type="radio"/>				
22. A direção do seu local de trabalho respeita-o?	<input type="radio"/>				
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?	<input type="radio"/>				
24. Faz coisas no seu local de trabalho que uns concordam mas outros não?	<input type="radio"/>				
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?	<input type="radio"/>				
26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?	<input type="radio"/>				
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?	<input type="radio"/>				
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo (a) sobre os seus problemas de trabalho?	<input type="radio"/>				
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?	<input type="radio"/>				

1 2 3 4 5

30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?

2. Em relação à sua chefia direta até que ponto considera que:

1 – Sempre; 2 – Frequentemente; 3 – Às vezes; 4 – Raramente; 5 – Nunca/quase nunca.
Marcar apenas uma oval por linha.

1 2 3 4 5

36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?
38. É bom no planeamento do trabalho?
39. É bom a resolver conflitos?

3. As seguintes questões referem-se ao seu local de trabalho

1 – Sempre; 2 – Frequentemente; 3 – Às vezes; 4 – Raramente; 5 – Nunca/quase nunca.
Marcar apenas uma oval por linha.

1 2 3 4 5

40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?
41. Os funcionários ocultam informação à gerência?
42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?
43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?
44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 45. A direção oculta informação aos seus funcionários? | <input type="radio"/> |
| 46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa? | <input type="radio"/> |
| 47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela direção? | <input type="radio"/> |
| 48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários? | <input type="radio"/> |
| 49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente? | <input type="radio"/> |
| 50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objetivos? | <input type="radio"/> |

4. Motivação:

1 – Extremamente; 2 – Muito; 3 – Moderadamente; 4 – Um pouco; 5 – Nada/quase nada.
 Marcar apenas uma oval por linha.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| O seu trabalho tem algum significado para si? | <input type="radio"/> |
| 52. Sente que o seu trabalho é importante? | <input type="radio"/> |
| 53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho? | <input type="radio"/> |
| 54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho? | <input type="radio"/> |
| 55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também? | <input type="radio"/> |

Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com ...

1 – Extremamente; 2 – Muito; 3 – Moderadamente; 4 – Um pouco; 5 – Nada/quase nada.
 Marcar apenas uma oval por linha.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 56. As suas perspetivas de trabalho? | <input type="radio"/> |
| 57. As condições físicas do seu local de trabalho? | <input type="radio"/> |
| 58. A forma como as suas capacidades são utilizadas? | <input type="radio"/> |
| 59. O seu trabalho de uma forma global? | <input type="radio"/> |
| 60. Sente-se preocupado em ficar desempregado? | <input type="radio"/> |
| 61. Em geral, sente que a sua saúde é: | <input type="radio"/> |

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afeta a sua vida privada:

1 – Extremamente; 2 – Muito; 3 – Moderadamente; 4 – Um pouco; 5 – Nada/quase nada.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativa.	<input type="radio"/>				
63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	<input type="radio"/>				
64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais.	<input type="radio"/>				

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...

1 – Sempre; 2 – Frequentemente; 3 – Às vezes; 4 – Raramente; 5 – Nunca/quase nunca.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
65. Dificuldade a adormecer?	<input type="radio"/>				
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?	<input type="radio"/>				
67. Fisicamente exausto?	<input type="radio"/>				
68. Emocionalmente exausto?	<input type="radio"/>				
69. Irritado?	<input type="radio"/>				
70. Ansioso?	<input type="radio"/>				
71. Triste?	<input type="radio"/>				
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?	<input type="radio"/>				

Nos últimos 12 meses no seu local de trabalho:

1 – Sempre; 2 – Frequentemente; 3 – Às vezes; 4 – Raramente; 5 – Nunca/quase nunca.

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?	<input type="radio"/>				
74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?	<input type="radio"/>				
75. Tem sido exposto a ameaças de violência?	<input type="radio"/>				
76. Tem sido exposto a violência física?	<input type="radio"/>				

Dados Sociodemográficos e Socioprofissionais

1. Serviço: _____

2. Função: _____

3. Categoria profissional: _____

4. Sexo FEMENINO MASCULINO

5. Idade: _____

7. Antiguidade no HESE: _____

8. CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____

9. Vínculo ao HESE: _____

10. Trabalha por turnos (Se não, passe para a questão nº 14)

SIM NÃO

11. Faz o turno da noite?

SIM NÃO

12. Se sim, em média quantas noites faz por mês? _____

13. Sente consequências físicas e emocionais por trabalhar por turnos?

SIM NÃO

14. Costuma trabalhar mais horas para além do seu horário de trabalho? (Se não, passe para a questão nº 16)

SIM NÃO ÀS VEZES

15. Se sim, ou às vezes, com que frequência?

- Todos os dias
 2 a 3 vezes por semana
 1 vez por semana

16. Sente que o seu horário de trabalho interfere com a sua vida social e familiar?

SIM NÃO

17. Se quiser acrescentar alguma informação não explícita no questionário ou algum comentário
