





*“Sem trabalho, a vida apodrece; mas quando o trabalho não tem alma, a vida mingua e morre.”*

Albert Camus



Aos meus queridos pais, às minhas prezadas irmãs, e a toda a família, sem eles nada disto teria sido possível.

À minha esposa, minha amada e amiga, pelo apoio que me deu, mas principalmente, pelo que não recebeu.

Ao Francisco, filho querido, que me tem mostrado o verdadeiro sentido da vida.



**A todos os que contribuíram para a realização  
deste trabalho e muito especialmente a,**

**Prof. Dr. Rosa Martins**

**Prof. Dr. Carlos Albuquerque**

**Prof. Helena Moreira**

**Principalmente pelas oportunidades que me  
deram e pelo carinho que me transmitem...**



## RESUMO

**Introdução** – A temática dos riscos psicossociais ligados ao trabalho tem assumido uma importância crescente, devido à evolução do trabalho nas empresas e às mudanças que ocorrem a nível mundial. Existe maior flexibilidade nas funções e nas competências, com intensificação do trabalho, com consequências negativas para os trabalhadores, para as organizações e para a sociedade.

Surgem novos Riscos Psicossociais, pelo que, as actuais tendências na promoção da saúde devem assumir a sua prevenção nos serviços e instituições, numa perspectiva de saúde pública, contribuindo para melhorar a saúde mental no trabalho.

Em Portugal, os hospitais são, actualmente, centros com uma elevadíssima concentração de recursos humanos, altamente especializados, e os enfermeiros pelas características do seu trabalho estão expostos a diversos factores de risco profissionais.

Face a este enquadramento, definimos como principal objectivo: conhecer os principais factores psicossociais de risco para a saúde dos enfermeiros do distrito de Viseu e determinar quais as variáveis preditivas, de forma a enveredar esforços para minimizar a exposição e impacto destes factores de risco, sensibilizando para esta problemática.

**Métodos** – Nesta pesquisa não experimental, de natureza quantitativa e transversal, seguindo uma via descritivo-correlacional, recorreremos a uma amostra não probabilística, constituída por 154 enfermeiros, a trabalhar há mais de 12 meses, em instituições de saúde do distrito de Viseu. A maioria é do sexo feminino (64,3%), com idade média de 38,58 anos. Como instrumentos de medida utilizámos a Escala de Satisfação com o Suporte Social, o Inventário Clínico de Auto Conceito e o Questionário Copenhagen Psychosocial Questionnaire, para avaliar a percepção dos factores de risco psicossociais.

**Resultados** – As dimensões em que os enfermeiros revelam maior exposição ao risco são: *previsibilidade; apoio social de colegas; satisfação em relação à chefia directa; confiança vertical; satisfação com o trabalho; insegurança laboral; problemas em dormir; stress e sintomas depressivos*. Os itens em que revelam menor exposição ao risco são: *auto-eficácia, percepção da saúde e bullying*.

Os enfermeiros do sexo masculino revelam maior risco relativo às *Exigências Físicas e Psicológicas*. A idade, superior a 50 anos, constitui um factor de maior risco relativamente às *Exigências Físicas e Psicológicas* e à *Saúde Física e Psicológica*.

O vínculo definitivo leva a uma maior percepção de riscos relativos à *Satisfação no Trabalho e Apoio Social e Familiar*. O aumento do tempo de serviço determina uma diminuição da percepção de risco relativamente aos *Valores* no trabalho e um aumento relativamente à *Saúde Física e Psicológica*.

O aumento do suporte social percebido provoca diminuição da percepção da *Satisfação no Trabalho* e aumenta a percepção do risco, relativo à *Saúde Física e Psicológica*. O Auto conceito condiciona uma diminuição da percepção de riscos psicossociais relativos aos *Valores* no trabalho e um aumento da percepção dos riscos relativos à *Saúde Física e Psicológica*.

**Conclusões** – Os enfermeiros são em menor número que as enfermeiras, o que reflecte a realidade nacional. Sendo os homens o grupo em minoria, são quem percebe maior nível de riscos psicossociais. Os enfermeiros com idades superiores a 50 anos, bem como os casados e /ou união de facto têm maior percepção de riscos para a saúde. O trabalho em hospitais contribui para maior risco de insatisfação no trabalho para com o Apoio Social e Familiar. Um bom Suporte Social condiciona uma diminuição da percepção dos riscos. O auto-conceito induz diminuição do risco relativo a valores e à saúde física e psicológica.

Deste modo, defendemos a sensibilização das chefias para esta problemática e a adopção, nos locais de trabalho, de medidas que minimizem a exposição aos riscos.

## PALAVRAS CHAVE

Riscos Psicossociais; Enfermeiros; Trabalho.



## ABSTRACT

**Introduction** - The issue of work-related psychosocial risks has assumed increasing importance, due to the progress of work in companies and the changes that occur worldwide. There is more flexibility in the functions and skills, with work intensification, with negative outcome for workers, organizations and society.

New Psychosocial Risks arise, therefore current trends in health promotion must take its prevention services and institutions, in a public health perspective, helping to improve mental health at work.

In Portugal, the hospitals are nowadays centers with a high concentration of human resources, highly specialized, and nurses for the characteristics of their work are exposed to several professional risk factors.

Against this background, we define the main objective: to know the main risk factors for psychosocial health of nurses in the district of Viseu and determine which predictor variables in order to embark on efforts to minimize exposure and impact of these risk factors, sensitizing to this problem.

**Methods** - A non-experimental, quantitative and cross-sectional study, following a descriptive correlational path, recurred to a non-probabilistic sample of 154 nurses, working for more than 12 months in health institutions in the district of Viseu. Most are female (64.3%), with a average age of 38.58 years. As measuring instruments we used the *Escala de Satisfação com o Suporte Social*, the *Inventário Clínico de Auto-conceito* and the *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* to assess the perception of psychosocial risk factors.

**Results** - The dimensions in which nurses revealed more exposure to risk are: predictability, social support from colleagues, satisfaction towards direct leadership; vertical trust, job satisfaction, job insecurity, sleeping problems, stress and depressive symptoms. The items that show less exposure to risk are: self-efficacy, health perception and bullying.

The male nurses showed a higher risk related to the Physical and Psychological Requirements. An age over 50 years, is a factor of higher risk for the Physical and Psychological Requirements and Physical and Psychological Health.

The final link leads to a higher perception of risk will be on Job Satisfaction and Social Support and Family. The increased length of service determines a decrease in risk perception in relation to work values and an increase on the Physical and Psychological Health.

The increase in perceived social support causes decreased perception of Job Satisfaction and increases the risk perception on the Physical and Psychological Health. The self concept determines a decreased perception of psychosocial risks related to the work values and an increased perception of risk related to Physical and Psychological Health.

**Conclusions** - The male nurses are less than female nurses, which reflects the national reality. Being men a minority group, they are those who perceive higher levels of psychosocial risks. Nurses aged over 50 years, as well as married or in “*união de facto*” have a higher perception of health risks. The work in hospitals contributes to greater risk of job dissatisfaction for the Family and Social Support. A good social support leads to a decrease in risk perception. The self-concept induces a decrease in the risk related to values and the physical and psychological health.

Thus, we advocate the sensitizing of leaderships to this issue and the adoption in workplaces, of measures to minimize risk exposure.

## KEY-WORDS

Psychosocial Risks, Nurses, Work



## ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

CEE	Comunidade Económica Europeia
Cit. Por	Citado por
COPSOQ	Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais de Copenhaga (Copenhagen Psychosocial Questionnaire)
CV	Coeficiente de Variação
Dp	Desvio padrão
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
EU-OSHA	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
ICAC	Inventário clínico de auto conceito
ICD	Instrumento de Colheita de Dados
ISTAS	Instituto Sindical de Tarabalho, Ambiente e saúde (Espanha)
$K/Std_{Error}$	Valor de Kurtosis dividido pelo erro (medida de achatamento)
LMERT	lesões musculo esqueléticas associadas ao trabalho
Máx	Valor máximo estatístico
Min	Valor mínimo estatístico
N	Número total da amostra
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
$Sk/Std_{Error}$	Valor Skweness dividido pelo erro (medida de enviesamento)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences



## SÍMBOLOS

$\alpha$	Alpha cronbach
$>$	Maior que
$<$	Menor que
$\leq$	Maior ou igual
$\geq$	Menor ou igual
$\%$	Porcentagem
XX	Vinte
$\bar{X}$	Média
$\pm$	Mais ou menos



<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁG.</b>
<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 – MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>37</b>
2.1 – PARTICIPANTES .....	38
2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	38
2.3 – PROCEDIMENTOS .....	42
<b>3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA .....	46
3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL .....	54
<b>4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>
<b>5 – CONCLUSÕES .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE II – ESTATÍSTICAS RELATIVAS AOS RISCOS PSICOSSOCIAIS PARA O TOTAL E PARA CADA UM DOS GRUPOS EM FUNÇÃO DO GÊNERO.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE III – ESTATÍSTICAS RELATIVAS AOS CONJUNTOS DE DIMENSÕES DO COPSOQ POR FAIXA ETÁRIA .....</b>	<b>107</b>



<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	pág.
Quadro 1 – Escalas COPSOQ e número de questões que a constituem .....	41
Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade .....	47
Quadro 3 – Características Sóciodemográficas dos enfermeiros .....	47
Quadro 4 – Estatísticas relativas aos anos de serviço .....	48
Quadro 5 – Características Socioprofissionais dos enfermeiros .....	49
Quadro 6 – Estatísticas relativas á Satisfação com o suporte social e suas dimensões factoriais. ....	50
Quadro 7 – Estatísticas relativas ao Auto conceito e suas dimensões factoriais.....	51
Quadro 8 – Distribuição dos enfermeiros por nível de risco, nas diferentes escalas de riscos psicossociais, em percentagem .....	52
Quadro 9 – Agrupamento de dimensões dos riscos psicossociais do COPSOQ.....	53
Quadro 10 – Estatísticas relativas aos conjuntos de dimensões do COPSOQ.....	54
Quadro 11 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função da idade .....	55
Quadro 12 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSOQ em função do género, estado civil e Habilitações académicas .....	56
Quadro 13 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey das variáveis sócio profissionais e grupos de variáveis do COPSOQ.....	58
Quadro 14 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSOQ em função do exercício de funções de chefia .....	59
Quadro 15 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função dos anos de serviço.....	60
Quadro 16 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função da satisfação com o Suporte Social.....	61
Quadro 17 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função do Auto Conceito.....	62



## 1 – INTRODUÇÃO

---

O trabalho nas empresas tem evoluído historicamente numa relação dialéctica com as sucessivas revoluções tecnológicas. A preocupação com as relações humanas dentro das organizações tem acompanhado este processo evolutivo. Desde os primórdios da Humanidade até aos nossos dias, o conceito de “trabalho” foi sofrendo alterações, com novos domínios e novos valores. Com a evolução da sociedade, os conceitos alteraram-se. O trabalho constitui agora fonte de realização pessoal e social e um meio de dignificação da pessoa. Pode ser definido como o exercício de actividade humana, manual ou intelectual, produtiva realizada por um ser humano, cujo objectivo é fazer, transformar ou obter algo (Priberam, 2012).

Uma organização de trabalho implica a reunião de um grupo maior ou menor de pessoas com um objectivo comum, o que a transforma numa organização social. Nas organizações de trabalho em princípio, estão contempladas as relações que se devem estabelecer, entre os diferentes indivíduos e grupos, para atingir os objectivos pré-definidos. As alterações que ocorrem no mercado de trabalho exigem cada vez mais dos trabalhadores, levando a uma maior necessidade de flexibilidade nas funções e nas competências, e aumento da precariedade de emprego, com intensificação do trabalho e conseqüentemente, a um deficiente equilíbrio na relação da vida profissional e pessoal (Peixoto, 2008; Silva, 2006).

As mudanças no mundo do trabalho acontecem a um ritmo acelerado, tendo por base as alterações económicas e políticas, que ocorrem a nível mundial, num ajustamento permanente às condições existentes. As empresas para se manterem competitivas e serem viáveis no mercado global, cada vez mais competitivo e dinâmico, investigam cada vez mais novas formas de utilização da mão-de-obra humana, expondo muitas vezes, os profissionais a situações desgastantes, que podem afectar a sua saúde (Silva, 2006). O sector da saúde não é excepção e tem sido igualmente influenciado pelas alterações do contexto político e ideológico, com a conseqüente alteração na estrutura das instituições prestadoras de cuidados (Delloite, 2011).

A urgência de maior produtividade, associada à redução de trabalhadores, à pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e as relações de trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em factores psicossociais responsáveis por situações de stress relacionado com o trabalho.

Nas últimas décadas do século XX, as questões ligadas à organização do trabalho e aos factores psicossociais no trabalho, ganharam protagonismo e têm sido estudadas de forma mais intensa, fruto da banalização da utilização das novas tecnologias e do aperfeiçoamento dos sistemas de produção. As pesquisas sobre factores psicossociais de risco no trabalho já constituem um corpo de conhecimentos importante na investigação (Theorell, 2005).

As questões psicossociais do ambiente de trabalho têm assumido uma atenção crescente na sociedade contemporânea. Nos países da União Europeia, a exposição a factores psicossociais, relativos ao ambiente de trabalho é relatada por uma larga proporção de empregadores, com consequências significativas para os trabalhadores, para os locais de trabalho e para a sociedade. (EU – OSHA, 2009).

Os centros colaboradores da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Saúde Ocupacional têm identificado, a necessidade de procedimentos práticos e formas de gestão da saúde ocupacional e segurança no trabalho. Idealmente, estes deveriam ser capazes de lidar com as diferenças que existem entre países, sectores e contextos organizacionais. Mas a ênfase é agora localizada na mudança na natureza do trabalho e nas novas formas de risco que podem afectar negativamente a saúde e a segurança dos trabalhadores. Outros riscos, tais como, o stress ocupacional, o assédio sexual e o mobbing, recebem também atenção a nível global e têm sido empreendidos esforços para entendê-los ao nível do ambiente de trabalho (OMS, 2011).

Surge o conceito de risco emergente, como sendo qualquer risco novo e que simultaneamente está a aumentar. O risco é novo quando não era conhecido anteriormente e é causado por novos processos de trabalho, novas tecnologias, novas configurações dos postos de trabalho, mudanças organizacionais ou sociais, quando um novo conhecimento científico permite que um problema antigo seja identificado como um risco. O risco está a aumentar quando o número de inconvenientes que conduzem ao risco está a crescer, quando a probabilidade de exposição ao risco está a aumentar ou quando o efeito na saúde dos trabalhadores está a piorar, ou seja, quando é maior a gravidade dos efeitos sobre a saúde e o número de pessoas afectadas aumenta (EU-OSHA, 2007).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) foi convidada pela união europeia para criar um “observatório dos riscos” e ajudar a antecipar o conhecimento dos riscos novos e emergentes. Realizou um estudo Delphi entre 2003 e 2004 e auscultou peritos de treze estados membros da União Europeia, Estados Unidos da América e Organização Internacional do Trabalho. Esta análise científica permitiu que pudessem ser identificados os riscos emergentes, no local de trabalho, o mais precocemente e tomar medidas adequadas. Chegaram á conclusão de que os riscos psicossociais, são frequentemente resultantes de transformações técnicas ou organizativas

e os principais riscos psicossociais emergentes identificados relacionavam-se com os seguintes cinco aspectos do trabalho: novas formas de contratação e insegurança no trabalho, envelhecimento da população activa, intensificação do trabalho, exigências emocionais elevadas e má articulação entre o trabalho e a família (EU – OSHA, 2007).

São inúmeros os Riscos Psicossociais possíveis de encontrar e relacionar com o trabalho. Por exemplo, no estudo anteriormente referido são identificados como previsíveis, um total de 42 riscos psicossociais no trabalho, sendo que oito deles foram classificados como fortemente emergentes, 19 como emergentes, 14 como indecisos e um como não emergente (EU-OSHA, 2007).

Deste modo, as actuais tendências na promoção da segurança, saúde e higiene no trabalho, incluem não somente os riscos físicos, químicos e biológicos dos ambientes laborais, mas também os diversos e múltiplos factores psicossociais inerentes às empresas e a forma, como esses factores influenciam o bem-estar físico e mental do trabalhador (Trigo, Teng & Hallak, 2007). A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS, dizem mesmo que se a última década do século passado foi a década das lesões musculoesqueléticas associadas ao trabalho (LMERT), as primeiras décadas do século XXI serão do stress, da depressão, do pânico, da tortura psicológica e outros danos psíquicos relacionados com as novas políticas de gestão na organização do trabalho (EU – OSHA, 2009; OIT, 2002).

Os riscos psicossociais no trabalho podem ser entendidos, como os aspectos relativos ao desenho do trabalho, assim como à sua organização e gestão, mas essencialmente das percepções subjectivas, que o trabalhador tem dos factores de organização do trabalho e dos contextos sociais e ambientais. Como exemplo de factores psicossociais pode-se citar: considerações relativas à carreira, à carga e ritmo de trabalho, ao ambiente social e ao ambiente técnico do trabalho. A percepção psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho. Os factores que influenciam a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo advêm da psicologia do indivíduo, da estrutura e da função da organização do trabalho. Constituindo por um lado, como interacções do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, e por outro lado nas capacidades, nas necessidades, nos costumes, na cultura e nas condições de vida dos trabalhadores, fora do trabalho. Sendo que todos estes factores são susceptíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho. Contemplando, assim, as variáveis do macro contexto, sua interacção com os elementos do ambiente organizacional e o indivíduo com a sua capacidade de determinação (OMS, 1981; OIT, 1986; Villalobos, 2004; EU – OSHA, 2009).

A exposição laboral a factores psicossociais foi identificada como uma das causas mais relevantes no absentismo laboral, por razões de saúde e relaciona-se com problemas de saúde altamente prevalentes, como sejam, doenças cardiovasculares, transtornos de saúde mental e alterações músculo-esqueléticas. A combinação de um alto nível de exigência com um baixo nível de controlo ou com poucas compensações, duplicam o risco de morte por doença cardiovascular. Estes factores também estão relacionados com outros transtornos de saúde, como diminuição do sistema imunitário, problemas gastrointestinais, dermatológicos e endócrinos, assim como o consumo de tabaco, álcool e outras drogas e o sedentarismo. Podem também, acarretar uma reduzida qualidade de vida, faltas por doença, diminuição da motivação para o trabalho e produtividade, irritabilidade. Por outro lado, podem surgir consequências negativas nas organizações, tais como a diminuição do rendimento, o absentismo e os acidentes de trabalho. Podem ainda afectar as condições do ambiente de trabalho, incluindo as condições de relacionamento com superiores e colegas (EU – OSHA, 2009; ISTAS, 2005).

Os factores psicossociais são alvos de atenção “prioritária” por parte dos países membros da União Europeia, dentro dos diversos factores implicados no sector laboral, são considerados, pelos representantes dos diversos institutos europeus, como o campo de investigação mais importante no futuro (EU-OSHA, 2000).

Relativamente às causas de stress, a maioria está relacionada com a maneira como o trabalho está organizado e as empresas são geridas. Havendo outras fontes de *stress* possíveis, como a progressão na carreira, o estatuto e a retribuição, o papel do indivíduo na organização, as relações interpessoais e a relação entre a vida pessoal e a vida profissional (EU – OSHA, 2009). Quanto ao género dos trabalhadores, não existem diferenças significativas na prevalência dos riscos de saúde com origem psicossocial, sendo que em 2005, na UE, 23,3% dos homens e 21% das mulheres afirmaram sentir *stress* na sua actividade laboral. No que respeita à idade, os trabalhadores com idades entre os 40 e os 54 anos dizem-se mais frequentemente afectados pelo *stress* relacionado com o trabalho, do que os restantes grupos etários. Nos países da união europeia são os trabalhadores com idade inferior a 24 anos que menos se queixam do *stress*. Os sectores da Educação, da Saúde e Acção Social e dos Transportes e comunicações, são aqueles em que os trabalhadores apresentam maior prevalência de problemas de saúde de natureza psicossocial (EU – OSHA, 2009).

De acordo com uma investigação realizada pela EU – OSHA, as categorias profissionais mais afectadas pelos riscos psicossociais são membros de entidades legisladoras, quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas e especialistas (EU – OSHA, 2009).

Com rigor, não podemos falar de uma teoria conjunta de gestão preventiva de riscos psicossociais. Existem, contudo, teorias e enfoques teóricos explicativos do stress ocupacional, da violência no trabalho, do assédio moral, do assédio sexual e da síndrome de burnout, a adição ao trabalho, o tecnostress, o uso de substâncias psicoactivas, e tantos outros (Coelho, 2009).

### **Stress no trabalho**

As pessoas sofrem de stress quando sentem que existe um desequilíbrio entre as solicitações que recebem e os recursos de que dispõem para lhes responder. E embora seja psicológico, o stress afecta igualmente a saúde física do indivíduo (EU – OSHA, 2009).

Existem diversas formas de definir o stress, destacando-se a resposta a um “ataque”, uma resposta psicológica que se segue à incapacidade de “lidar” com problemas e a resposta frequente a alterações do ambiente (Stranks, 2005; Leite e Uva, 2007).

O stress relacionado com o trabalho é também designado como “*stress profissional*” ou “*stress ocupacional*”, isto é, uma consequência da desarmonia (ou desequilíbrio) entre as exigências do trabalho e as capacidades (e recursos ou necessidades) do trabalhador. Algumas teorias evocam aspectos relacionados com as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho, em que os recursos de personalidade e os mecanismos de “coping” medeiam a capacidade de adaptação individual (NIOSH, 2006; Leite e Uva, 2006).

Pode ser entendido como um padrão de uma reacção emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica a componentes nocivas e adversas do conteúdo, da organização e do ambiente de trabalho. O stress é provocado por um desajustamento entre as pessoas e o trabalho, por problemas de relacionamento, pela presença de violência psicológica ou física no local de trabalho ou ainda pela existência de conflitos entre o papel no trabalho e fora dele. Cada indivíduo, na interacção que estabelece com o meio, reage de forma diferente às mesmas circunstâncias. Uns reagem melhor do que outros à pressão de muitas solicitações. O importante é a avaliação subjectiva que cada um faz da sua situação, não sendo possível determinar, exclusivamente, com base na situação, o stress que esta pode provocar (CEE, 1999; Paulos, 2009).

Esta síndrome desenrola-se em três fases, a fase de alarme, seguida da fase resistência e por fim, quando o agente causal se mantém presente e o organismo esgota a capacidade de resistência, a fase de exaustão. Nem todo o stress é desagradável. Podemos distinguir entre o eustress (positivo) e o distress (negativo). O stress pontual não constitui, normalmente, um problema, pelo contrário, pode constituir uma força motriz e levar as pessoas ao seu melhor desempenho, mas quando se torna persistente o stress constitui um risco para a segurança e para a saúde (Selye, 1936 cit in Paulos, 2009).

O stress pode alterar a forma como uma pessoa sente, pensa e se comporta. Os principais sintomas relacionados com a organização são o absentismo, o incumprimento de

horários, os problemas disciplinares, o assédio, a produtividade reduzida, os acidentes, os erros e o agravamento dos custos de compensação ou de saúde. Nos de índole individual destacam-se as reacções emocionais como a irritabilidade, a ansiedade, as perturbações do sono, a depressão, a hipocondria, a alienação, o esgotamento, os problemas ao nível das relações familiares. Das reacções cognitivas destacamos as dificuldades de concentração, de memória, de aprendizagem e de decisão. Das reacções comportamentais temos o abuso de drogas, álcool e tabaco e comportamento destrutivo, enquanto que as reacções fisiológicas possíveis podem ser as dores lombares, o défice imunitário, as úlceras pépticas, os problemas cardíacos e a hipertensão (Leite e Uva, 2006; EU – OSHA, 2009).

O stress no trabalho pode afectar qualquer pessoa, a qualquer nível e em qualquer sector, independentemente da dimensão da organização. O stress afecta a saúde e a segurança das pessoas, mas também a saúde das organizações e das economias nacionais. O stress é o segundo problema de saúde relacionado com o trabalho mais notificado na Europa. Em 2005 afectou cerca de 22% dos trabalhadores da união europeia (EU – OSHA, 2009).

As circunstâncias indutoras de stress ou os agentes stressantes podem ser de natureza psicossocial, mas também de natureza física, química ou biológica. A percepção que cada trabalhador faz da presença de riscos não psicossociais, pode ser geradora de stress, pelo que a exposição a riscos biológicos e o medo que daí pode advir é disso um exemplo.

A vulnerabilidade ao stress será um importante factor de risco, que está relacionada com factores biológicos, psicológicos de personalidade e sociais. Traços de personalidade e padrões de coping, caracterizam estilos de comportamento associados ao desenvolvimento de psicopatologia e doenças físicas como de doenças cardiovasculares. Depende do estatuto social, do estilo comportamental, das competências e das capacidades e do estado de saúde. Para além das diferenças individuais, poderão existir diferenças entre grupos, conduzindo á identificação de grupos mais vulneráveis, como os trabalhadores jovens, idosos, trabalhadores emigrantes ou com deficiências. Relativamente ao género, o grupo mais vulnerável refere-se ao grupo de trabalhadores que se encontra em minoria, independentemente da minoria serem, mulheres ou homens. No entanto, para além de todos os factores descritos, existem evidências de que as condições em que se desenvolve o trabalho, contribuem muito significativamente para o desenvolvimento de stress no trabalho (Serra, 2005; Leite e Uva, 2007).

Diversas características do ambiente e da organização do trabalho, constituem possíveis factores de risco de natureza psicossocial, tais como a cultura da organização e a função (comunicação deficiente, baixo nível de suporte para a resolução de problemas e para o desenvolvimento pessoal, a falta de definição de objectivos); a ambiguidade de papel

(informação inadequada sobre uma função); o conflito de papéis (quando um trabalhador tem que efectuar tarefas que entram em conflito com os seus valores ou quando tem que exercer vários papéis incompatíveis uns com os outros); funções atribuídas insuficientes (as capacidades e/ou as competências do trabalhador não são utilizadas totalmente); encargo por pessoas pode ser responsável por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal; a insegurança no trabalho (a evolução na carreira, injustiça em relação ao salário, atraso promocional); a falta de participação na tomada de decisão, relativamente ao trabalho do próprio; as deficientes relações inter-pessoais com os superiores, com os subordinados ou com os colegas; a exposição à violência no trabalho; a relação casa trabalho (conciliar os papéis profissional e familiar e a disponibilidade limitada a nível de horas de lazer); o trabalho por turnos e o trabalho nocturno (Leite e Uva, 2007).

Muitas são as formas de agrupar os factores de risco, mas relativamente aos factores de risco presentes e às relações entre eles, os autores são mais ou menos unânimes, os factores de risco dificilmente surgem isoladamente.

Os profissionais de saúde são particularmente vulneráveis ao stress, pois têm que recolher, processar, armazenar e transmitir informação complexa. O facto de lidar com o sofrimento, com a morte, a responsabilidade e incerteza das decisões, contribuem para o aumento do esforço mental dos trabalhadores. O trabalho em serviços de gerontologia pode também conduzir ao stress, pelas razões já descritas, mas também pela falta de retorno positivo e pela dificuldade em lidar com padrões comunicacionais pobres dos idosos e das famílias (Paulos, 2009).

### **Síndrome de Burnout**

Um factor de risco psicossocial, bastante referido na bibliografia e considerado como risco emergente é a síndrome de Burnout. O termo surge em 1974, por intermédio de um médico psiquiatra e psicanalista, Freudenberger que o conceptualizou como sendo uma síndrome psicológica, consequente à tensão emocional crónica, vivida pelos profissionais com trabalhos, em que está normalmente presente o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam de cuidados. Essa resposta prolongada a stressores interpessoais crónicos no trabalho, deve ser conceptualizada como uma síndrome de esgotamento emocional, despersonalização e falta de realização pessoal no trabalho (Maslach e Jackson, 1974; Coelho, 2009).

Este Síndrome é composta por três dimensões: (1) Exaustão emocional, definida como um esgotamento dos recursos emocionais da pessoa. Sentimento que advém da tentativa de desempenho de demasiadas tarefas com esgotamento dos recursos. É a primeira manifestação da Síndrome de Burnout e a sua principal dimensão. O cansaço emocional vai conduzindo a acções que levam ao distanciamento emocional. (2) Despersonalização: entendida como uma indiferença emocional ou insensibilidade para com

o alvo dos cuidados, de forma a melhor lidar com as exigências das tarefas a executar. A resposta torna-se fria e impessoal. (3) Dedução da realização pessoal no trabalho: diminuição dos sentimentos de competência e de prazer associados ao desempenho de uma actividade profissional. A situação laboral exigente aumenta o cansaço emocional e a despersonalização vai diminuindo os sentimentos de eficácia. (Carlotto, 2011; Paulos, 2009).

O profissional que sofre desta síndrome encontra-se normalmente esgotado fisicamente. Como a recuperação é lenta surgem sentimentos de fracasso, passando também a ter vários aspectos da sua vida comprometidos, particularmente ao nível da sua saúde física, incidindo as queixas em dores musculares, cefaleias, hipertensão arterial e problemas gastrointestinais. A nível cognitivo e emocional são referidos sintomas como a falta da atenção e concentração, baixa auto-estima, ansiedade e depressão. Para além disso, tem repercussões ao nível comportamental, nomeadamente, aumento dos conflitos familiares e conjugais, frustração, irritação, intolerância e trabalho prolongado com pouco rendimento. (Astroga, 2005; Paulos, 2009; Coelho, 2009)

O stress e bournout distinguem-se, essencialmente, pelo tempo de duração. O stress deriva de uma tensão passageira e a síndrome de burnout do resultado de tensões contínuas. O stress é um termo genérico referente a um processo de adaptação passageiro e burnout pode ser encarado como o estado final de uma ruptura de adaptação, resultante de um desequilíbrio prolongado entre exigências e recursos, ou seja, de um stress profissional prolongado. (Schaufelli & Buunk, 1996; Coelho, 2009)

Numa óptica de organização e gestão, de entre os vários modelos de interpretação da síndrome de burnout e no plano da gestão preventiva de riscos psicossociais em contexto hospitalar, deve atender-se á caracterização e prevenção, segundo as teorias organizacionais, dando ênfase aos factores de risco organizacionais tais como as estratégias de afrontamento e variáveis como a estrutura e clima organizacional, disfunções de papel ou o apoio social percebido. Segundo as teorias do intercâmbio social, é enfatizada a falta de competências sociais como a carga emocional elevada, a falta de reciprocidade das relações, as situações de contágio emocional e a caracterização e modos de organizar o trabalho emocional (Coelho, 2009).

Existem vários factores que parecem contribuir para o aparecimento da Síndrome de Exaustão profissional, destacando-se entre eles as variáveis organizacionais, individuais e as relacionadas com o conteúdo do trabalho desenvolvido no âmbito assistencial. No que se refere às variáveis organizacionais, os estudos descrevem como as mais relevantes o ambiente profissional, o bem-estar laboral, o grau de autonomia, a execução no trabalho, o apoio social, a ambiguidade do papel e a falta de reciprocidade. Porém, algumas investigações salientam a importância do conteúdo do trabalho, assinalando como variáveis

o lidar com a dor, com o sofrimento, a morte e lidar com pacientes fora de possibilidades terapêuticas. No que respeita à idade, os estudos salientam que entre os 35 e os 54 anos de idade há maior propensão para o aparecimento da referida síndrome. Por outro lado, as investigações vão no sentido de que o maior número de horas de trabalho por semana também correspondem a níveis mais acentuados de exaustão emocional e despersonalização por parte dos profissionais, tendo-se verificado que os profissionais em horários de trabalho acrescidos (42 horas semanais) evidenciaram maiores índices de exaustão emocional (Queirós, 2005; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Carlotto, 2011).

Os trabalhadores, muito envolvidos emocionalmente com o trabalho, são os que apresentam maior risco de desenvolver a síndrome de bournout, bem como aqueles que se encontram sobrecarregados de tarefas, que possuem pouco apoio institucional e consideram as gratificações insuficientes. O bournout surge mais frequentemente em prestadores de cuidados, professores e cuidadores formais e informais de pessoas dependentes (Astroga, 2005; Paulos, 2009).

### **Assédio moral no trabalho**

O assédio moral é também um risco psicossocial muito referido na literatura, designado igualmente por intimidação moral, violência psicológica ou mobbing. A definição dada por um dos pioneiros da investigação acerca do tema, Leyman (1996), continua a ser a mais consensual. Assim, assédio moral é definido como um encadeamento, durante um longo período de tempo, de palavras mal intencionadas e de artimanhas hostis, exprimidas e manifestadas por uma ou várias pessoas para com uma terceira (a vítima), colocando-a numa situação de desvantagem com risco elevado de ser expulsa (Paulos 2009; Vercesi, 2009; Battistelli Amazarray e Koller, 2011;).

Existe assédio moral ou mobbing se coexistirem três condições, designadamente, o comportamento é entendido como hostil, repete-se frequentemente (pelo menos uma vez por semana) e prolonga-se durante um determinado período de tempo (pelo menos seis meses).

O assédio moral tem como objectivo a intimidação, o incómodo e desgaste emocional da vítima, de forma a excluí-la da organização ou satisfazer a necessidade de agredir, controlar e destruir. Assédio moral no trabalho é qualquer comportamento injustificado e abusivo (gesto, palavra, atitude), que atente pela sua repetição ou pela sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de um indivíduo ou um grupo de pessoas, pondo em risco o seu emprego ou deteriorando o clima de trabalho e sendo susceptível de constituir um risco para a saúde e para a segurança (EU – OSHA, 2002; Hirigoyen, 2002; Troncoso e Suazo, 2005; Vercesi, 2009).

O assédio parte normalmente do interior das organizações, podendo em simultâneo, comportar agressões físicas e verbais, e atitudes mais subtis, como o isolamento social.

Pode visar a dignidade, a capacidade profissional, a vida privada, o aspecto físico, a raça, o sexo ou a orientação sexual das pessoas. O assédio no trabalho pode provocar stress pós-traumático, perda de auto-estima, ansiedade, depressão, apatia, irritabilidade, perturbações da memória, perturbações do sono e problemas digestivos, podendo até conduzir ao suicídio. Os sintomas podem persistir durante vários anos após o assédio. Nas empresas pode conduzir a um aumento do absentismo, da rotatividade do pessoal e contribuir para a redução da eficácia e da produtividade (EU – OSHA, 2002; Guimaraes e Rimoli, 2006; Gil et al, 2006).

É importante, proceder a uma avaliação prévia dos riscos, identificando medidas adequadas para a prevenção. Estas medidas podem incluir a definição de uma política de luta contra o assédio moral, que assegure a gestão de conflitos e a formação das chefias, bem como a reformulação do ambiente de trabalho.

Qualquer pessoa pode, no seio de qualquer organização, ser vítima de assédio. Os estudos efectuados revelam que 5% dos trabalhadores da Europa afirmaram ser objecto de assédio/intimidação em 2005. Em alguns países comunitários, os valores atingiram mesmo 10-17% de trabalhadores que deram conta deste problema. Mas os números são muito dispare, por exemplo entre os trabalhadores do sector da saúde, em que os estudos apontam, na Áustria para cerca de 8% de incidência, enquanto que no Reino Unido para cerca de 30% e em Espanha a variação vai desde 1 a 30% (Gil et al, 2006).

Relativamente ao género dos assediados, Leymann chegou á conclusão que na Suécia, as mulheres representavam 55% dos assediados e os homens 45%. Por seu turno, Hirigoyen (2002), em França, apontou para valores de 70% de mulheres assediadas contra 30% de homens. Sendo estes resultados divergentes justificados pelo contexto sócio cultural dos diferentes países onde ocorreram os estudos. No entanto, é fácil verificar que as vítimas femininas são sempre em maior número. Quanto á idade, a faixa etária que é mais atingida, situa-se entre os 40 e 55 anos. Mas existe a tendência de um maior número de vítimas acima dos 50 anos, porque se considera terem desempenhos inferiores nas suas funções ou serem pouco adaptáveis. Assim, devido ao aumento da idade, os trabalhadores estarão, potencialmente, mais sujeitos ao fenómeno do assédio moral no trabalho. (Gil et al, 2006; EU – OSHA, 2007; Silva e Gomes, 2009)

A capacidade da vítima em resistir à autoridade do agressor, apesar das pressões que a marca como alvo de assédio moral, é certo que os factores: género (ser mulher) e idade (faixa etária entre os 40 e os 50 anos) colocam a vítima numa posição privilegiada para sofrer uma situação de assédio moral no seu local de trabalho.

O assédio moral não é um fenómeno recente, mas aumentou a intensidade, a gravidade, a amplitude e a banalização do fenómeno, e é novo o facto de se reconhecer o vínculo e ser tratado como um risco psicossocial inerente ao trabalho (Bradaschia, 2007).

### **Consequências dos riscos psicossociais no trabalho**

Em 2002, o custo económico do stress relacionado com o trabalho na União europeia foi estimado em 20000 milhões de euros, pelo que facilmente se percebe da importância da redução dos níveis de stress para os trabalhadores e para as empresas (EU – OSHA, 2007).

Os riscos psicossociais no trabalho têm consequências muito negativas para a sociedade, para as empresas e para a saúde dos trabalhadores (OMS; OIT, 2000).

As consequências principais dos riscos psicossociais para as organizações e para os indivíduos constituem dois grupos distintos, o das consequências organizacionais e o das individuais. As consequências organizacionais consistem no aumento do absentismo, menor dedicação ao trabalho ou presencialismo, aumento da rotação de pessoal, deterioração do rendimento e da produtividade, aumento de práticas laborais pouco seguras e das taxas de acidentes, aumento das queixas dos utentes e clientes, efeitos negativos no recrutamento de pessoal, aumento dos problemas legais face às queixas e processos intentados pelos trabalhadores, deterioração da imagem institucional, tanto entre os seus empregados como face ao exterior, aumento dos custos (directos e indirectos), deterioração da comunicação e da qualidade das relações de trabalho, aumento de situações de conflituosidade, de greves e de agressões. As consequências individuais consistem nas fisiológicas, psicológicas e mentais (Coelho, 2009; ONU, 2010).

Sem esquecer os custos económicos, a principal consequência para a sociedade está relacionada com a Saúde Pública, particularmente com a Saúde Mental no Trabalho.

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou de comportamento, responsáveis por 12% da carga mundial de doenças. Até 2020, prevê-se que esta carga suba para 15% e que os transtornos depressivos venham a ser a principal causa de doença no mundo (OMS, 2001).

A saúde mental tornou-se uma prioridade de saúde pública, em Portugal e na Europa. A saúde mental, incluindo a saúde mental no trabalho, tem estado no centro das preocupações da cena social internacional contemporânea e irá continuar a manter actualidade no futuro.

Neste contexto, em que os locais de trabalho são um dos principais ambientes que afectam a saúde e o bem-estar mental (OMS; OIT, 2000; OMS, 2005), a prevenção de riscos psicossociais torna-se um instrumento privilegiado e necessário, não só para prevenir os problemas de saúde mental como para promover a saúde mental positiva no trabalho. A condição mental das pessoas é determinada por uma multiplicidade de factores, entre os quais se incluem os factores psicossociais no trabalho (OMS, 2010). Estes factores tanto podem constituir um risco potencialmente gerador de um dano à saúde física e/ou mental dos trabalhadores, como podem constituir um factor positivo,

favorável a essa mesma saúde física e mental (OMS, 2005). Essencial, quer à prevenção dos primeiros, quer à promoção dos segundos, é que os factores psicossociais possam ser avaliados e geridos (controlados os riscos, e promovidos ou potenciados os factores positivos).

A prevenção dos riscos psicossociais no trabalho é um dos pré-requisitos mais importantes para uma boa saúde mental no trabalho.

### **Avaliação e Prevenção de riscos psicossociais**

A promoção da saúde ocupacional está directamente implicada na capacidade de trabalho, tendo como objectivo dotar os indivíduos de recursos pessoais que lhes permitam lidar adequadamente com as exigências laborais, visando em última instância, a saúde e bem-estar dos indivíduos. A saúde compreende um equilíbrio dinâmico entre os indivíduos e o seu meio, nomeadamente a capacidade de todos os indivíduos interligarem e atingirem o bem-estar físico, mental e social. As intervenções a nível de promoção de saúde, em contexto laboral, visam sobretudo sensibilizar as chefias para os factores estruturais e psicossociais do trabalho, bem como intervir ao nível dos factores de risco e de protecção dos trabalhadores (Shain *et al*, 2004; Marziale, 2010).

A prevenção de riscos psicossociais nos serviços e instituições de saúde deve ser vista, também, numa perspectiva de saúde pública, sendo uma obrigação específica do Ministério da Saúde, podendo a sua implementação constituir um contributo importante, para melhorar a saúde mental, especialmente a saúde mental no trabalho (Coelho, 2009).

Relativamente à avaliação dos Riscos Psicossociais e de acordo com o processo metodológico, são possíveis duas formas de prevenção. As metodologias de processo que são, sobretudo, de natureza prática, mais direccionadas para ajudar as empresas a resolverem o desafio da prevenção de riscos psicossociais. As metodologias de questionário, fundamentalmente de natureza técnica, mais direccionadas para a prevenção enquanto desafio técnico e teórico de prevenção de riscos psicossociais (Coelho, 2009).

Existem vários métodos e instrumentos de diagnóstico para efectuar a avaliação dos factores gerais de risco, como as entrevistas, os questionários, as técnicas de observação e de consulta documental e as técnicas de análise de trabalho para identificação de factores de risco (Ramos, 2001; Guimarães, 2006; Coelho, 2009).

Variadíssimas metodologias são propostas para a prevenção de riscos psicossociais. Numa revisão efectuada recentemente e adoptada pela ONU, acerca dos instrumentos de avaliação dos factores de risco psicossociais no trabalho, disponíveis na literatura e na Internet, foram identificados 33 instrumentos de avaliação, sendo 26 questionários e 7 instrumentos de observação. Dezanove dos quais (57,5%) foram criados nas duas últimas décadas e pelo menos, vinte e quatro (72,7%) foram criados na Europa.

Desta revisão não consta nenhuma das diversas metodologias criadas recentemente em Espanha, mesmo que sete das quais se assumam como métodos importantes de prevenção de riscos psicossociais na União Europeia. (Tabanelli *et al*, 2008; Coelho, 2009, ONU, 2010)

Exposição aos riscos psicossociais é um dos aspectos mais importantes do ambiente de trabalho em relação á saúde e a investigação neste domínio está identificada como sendo de grande prioridade.

Um grande número de trabalhadores na União Europeia refere estar exposto a riscos psicossociais. A avaliação dos riscos psicossociais nas empresas requer a identificação, a localização, e a mensuração de exposições usando métodos de avaliação técnica e operacionalmente válidos e fidedignos e socialmente aceites. O aparecimento de Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) em 2000, conceitualmente consistente, com modelos teóricos bem aceites em psicossociologia, foi um importante avanço. Entre as suas contribuições mais relevantes, destaca-se a inclusão de dimensões até ao momento ausentes nos instrumentos de avaliação psicossocial. O COPSOQ foi adaptado ou está em processo de adaptação em 11 línguas de diferentes países, por ser um instrumento de avaliação de riscos psicossociais muito consensual.

Na última década, este método de avaliação de riscos psicossociais (COPSOQ), converteu-se num instrumento de referência a nível internacional. É uma metodologia de orientação sócio-técnica que integrou contribuições fundamentais de diferentes âmbitos da investigação social, da saúde das organizações de trabalho e da prática da prevenção dos riscos laborais. O COPSOQ foi originalmente desenvolvido na Dinamarca e é hoje em dia um instrumento presente na investigação da prevenção de riscos psicossociais nas empresas de diversos países. Podemos afirmar que o COPSOQ é uma rede de cooperação internacional da qual fazem parte equipas de investigadores europeus, americanos e asiáticos.

Em Portugal, nos últimos anos, assistimos a alterações ideológicas e estruturais dos serviços de saúde, com um aumento tendencial da assistência privada. Os hospitais são, actualmente, centros com uma elevadíssima concentração de recursos humanos, altamente especializados, e com recursos tecnológicos de ponta. A inclusão dos hospitais e de muitos centros de saúde no sector empresarial do estado, alterou a filosofia dos cuidados de saúde e introduziu nos locais de trabalho, profissionais com competências iguais, a desempenhar as mesmas funções, mas com vínculos contratuais distintos (Delloite, 2011).

No presente trabalho, a nossa atenção é dedicada, em particular, à vida profissional, pois entendemos que assume uma notoriedade ímpar na vida pessoal e social dos indivíduos. Na verdade, é no trabalho que se passa grande parte do tempo, facto que é susceptível de afectar os projectos de vida, os percursos individuais e os modos de

relacionamento interpessoal. Desta forma, estamos perante um fenómeno social, não só complexo e multifacetado, que envolve diversos actores sociais que apresentam profundas heterogeneidades e assimetrias, podendo ser geradores de alterações da saúde do indivíduo e das organizações (Lima, 2004). É normal que nas organizações existam entre os trabalhadores, outro tipo de relações, que não as estritamente profissionais, e que algumas vezes surjam conflitos, o que não é normal é que estas se reflectam na *Saúde Física e Psicológica* do trabalhador e na própria organização (Paulos, 2009).

Os riscos profissionais nos hospitais apresentam um largo espectro e variam de acordo com as actividades desenvolvidas pelos diferentes serviços, substâncias manuseadas, equipamentos existentes, procedimentos adoptados, condições estruturais e meios de prevenção e protecção, para além das características individuais dos trabalhadores (Moreira et al, 2006). Os mesmos autores agrupam, sumária e classicamente, os factores de risco a que os profissionais de saúde estão expostos, em quatro grupos distintos: de natureza física, química, biológica e psicossocial. Sendo que no seu trabalho, os factores de risco mais referidos pelas equipas de saúde, são os Físicos (exposição a gases anestésicos e ruído), os Biológicos (exposição a agentes infecciosos) e os Psicossociais (Trabalho por turnos, Trabalho nocturno, Violência, Contacto com o sofrimento e com a morte).

Os enfermeiros pelas características do seu trabalho estão expostos a diversos factores de risco profissionais, sejam físicos, químicos e biológicos, que variam também certamente, em função do local de trabalho. Os enfermeiros actuam interagindo com os outros profissionais inseridos no sistema de saúde, estabelecem relações, interacções e associações para o processo de cuidar, assumindo um papel central na equipa de saúde, ficando por isso muito significativamente expostos a riscos psicossociais para a sua saúde. Para além das relações com os elementos das diferentes equipas de saúde, os enfermeiros estabelecem também, obrigatoriamente, relações dentro da equipa de enfermagem, com os seus superiores e logicamente com os doentes e seus familiares. O trabalho da equipa de enfermagem é heterogéneo e o seu campo de actuação profissional variado, requerendo uma actualização contínua de conhecimentos e em diversas áreas de conhecimento. Uma classe profissional com características muito particulares e sobretudo num país, em que o sistema de saúde sofre, actualmente, grandes transformações, o estudo da exposição aos factores de risco psicossocial dos enfermeiros reveste-se de grande importância, pois só com o conhecimento da situação se podem estabelecer formas de minimizar a exposição a esses riscos (Alves e Fonte, 2008).

O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve assumir no serviço, a organização da formação contínua dos colegas em matéria de saúde, higiene e segurança. Relativamente às questões da ergonomia e manuseamento de cargas, o

Enfermeiro de Reabilitação é normalmente o profissional mais habilitado nos serviços. Pelo que deve responsabilizar-se por diagnosticar todos os riscos presentes no local de trabalho e enveredar esforços para os minimizar. Enquanto responsável pela gestão dos cuidados, é essencial manter a equipa motivada, minimizando as situações que possam afectar negativamente a saúde dos enfermeiros. Isto apenas será possível se tiver conhecimento dos riscos existentes e da forma de os minimizar.

Sabemos que as profissões de saúde são as mais expostas aos factores de risco psicossociais, mas achamos importante perceber também qual a exposição de uma classe profissional específico, neste caso dos enfermeiros, particularmente dos enfermeiros que exercem funções no distrito de Viseu. Pelas motivações pessoais e pela existência de mudanças, recentes e profundas, nas relações laborais, elaborámos a seguinte questão central, subjacente à problemática do presente estudo: **Quais os determinantes, dos factores de risco psicossociais no trabalho dos enfermeiros no distrito de Viseu?**

Como vimos anteriormente, alguns factores de risco, estão descritos na literatura e são, por isso, comuns a todos os trabalhadores, outras porém, são específicas de uma época, região ou população. Desta forma, consideramos muito importante proceder ao estudo de factores psicológicos e sociais, com implicações na capacidade laboral, dos enfermeiros a exercer funções no distrito de Viseu, por forma a enveredar esforços, para minimizar a exposição e minimizar o impacto, dos factores de risco psicossociais. Trata-se de uma população específica, de um grupo profissional com características próprias, com formas de trabalho particulares e numa centralidade peculiar na equipa de saúde, estabelecendo relações em vários níveis e com vários protagonistas. Como tal, pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Descrever as características sociodemográficas dos enfermeiros inquiridos;
- Descrever as características socioprofissionais dos enfermeiros;
- Avaliar a satisfação com a vida social e o auto conceito dos enfermeiros;
- Avaliar os factores de risco psicossociais ligados ao trabalho em enfermeiros;
- Analisar a relação das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações académicas) com os factores de risco psicossociais ligados ao trabalho;
- Analisar a relação das variáveis socioprofissionais (tipo de vínculo, exercício de funções de chefia, anos de serviço, local onde exerce funções, exigências da actividade) com os factores de risco psicossociais ligados ao trabalho;
- Analisar a relação das variáveis psicológicas (satisfação com o suporte social e auto conceito) com os factores de risco psicossociais ligados ao trabalho;

O objectivo final deste trabalho, visa contribuir para a reflexão sobre os riscos

psicossociais dos enfermeiros, as dificuldades na prestação de cuidados, numa lógica de produção de conhecimento, que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a promoção da saúde daqueles que cuidam.

## 2 – MATERIAIS E MÉTODOS

---

Partindo do pressuposto que a selecção do instrumental metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, aos objectivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos E Marconi, 1996; Pereira e Poupá, 2004; Hill e Hill, 2005), este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa.

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada de acordo com as questões de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade (Fortin, 2003). Neste sentido, conceptualizámos um estudo transversal (na medida em que a colheita de dados e a relação da informação recolhida se processa num espaço temporal bem definido), de natureza quantitativa (orientada para a descrição das variáveis, identificação da relação entre as mesmas e análise da relação causa/efeito, permitindo obter precisão nos resultados, evitando distorções de análise e interpretação dos dados). Procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um *estudo não experimental* (Pedhazur e Schmelkin, 1991, p.211), também designado por *estudo pós-facto* (Kiess; Bloomquist, 1985), *estudo de observação passiva* (Cook; Campbell, 1979) ou *estudo correlacional e de observação* (Gil, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende descrever características da população de enfermeiros em estudo e averiguar das relações entre variáveis (riscos psicossociais no trabalho e factores que os influenciam).

Neste contexto consideramos os **factores de risco psicossociais ligados ao trabalho** como variável dependente, susceptível de ser influenciada, pelas variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e psicológicas, consideradas com variáveis dependentes. De salientar, que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos factores/dimensões dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita, num dos seguintes subcapítulos (2.2).

O desenho de investigação prevê que haja uma inter-relação entre as variáveis e que estas exercem influências nos factores de risco psicossociais ligados ao trabalho. Permite-nos idealizar a articulação das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações académicas); socioprofissionais (tipo de vínculo, exercício de funções de chefia, anos de serviço, local onde exerce funções, exigências da actividade) e psicológicas

(satisfação com o suporte social e auto conceito) nos factores de risco psicossociais ligados ao trabalho.

## 2.1 – PARTICIPANTES

No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso e de certo modo até difícil de levar a efeito. Recorremos assim, ao processo de amostragem, que segundo Fortin (2009, p.310), não é mais do que recorrer a “um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) escolhida para representar uma população inteira. Sendo o objectivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos.” Estamos conscientes que este tipo de amostra é susceptível de provocar enviesamento de alguns resultados, uma vez que pode não ser uma representação fiel da população alvo.

No entanto, de modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem, houve a preocupação de realizar a colheita de dados com a forma, o mais abrangente possível, dada a escassez de recursos e a grande dimensão geográfica. Assim, tendo em conta que a população de enfermeiros, na sua grande maioria tem acesso a computador com ligação á internet e sabe utilizar correctamente os meios informáticos, e no sentido de abranger o maior número de pessoas possível, foi criado um questionário electrónico e foi disponibilizado através da Internet. Tendo estado disponível para resposta, durante o mês de Dezembro de 2011, também no sentido de minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem, estabelecemos os seguintes critérios de inclusão: (1) O enfermeiro teria que trabalhar, há pelo menos 12 meses, consecutivos, numa instituição de saúde; (2) O enfermeiro teria que trabalhar, numa instituição de saúde do distrito de Viseu.

Constituímos, então uma amostra não probabilística, constituída por 154 enfermeiros a desempenhar funções no distrito de Viseu, que voluntariamente acederam a participar no estudo. No que diz respeito ao género dos enfermeiros, a amostra é constituída maioritariamente por mulheres 64,3% (n=99) e 35,7% (n=55) homens. A idade mínima dos enfermeiros é 23 anos, sendo a máxima de 59, o estado civil predominante é o casado com 56,5%, seguido do grupo de solteiros com 28,6%. De salientar, também, que a maioria dos enfermeiros são licenciados, mas existe já um número considerável de mestrados (16,9%).

## 2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi processada com recurso a um instrumento de colheita de dados (Apêndice 1), auto-aplicado. Em concreto, o instrumento de colheita de dados (ICD) inicia-se por uma breve introdução, onde são explicados os objectivos do estudo e solicitada a colaboração dos enfermeiros, seguido de 2 questões discriminantes dos critérios de

inclusão. Era constituído por perguntas abertas e fechadas (122 no total), estruturado em 3 partes. Foi garantido a todos os participantes o anonimato e a confidencialidade da informação obtida.

A *primeira parte* incorpora a caracterização de natureza pessoal, inclui informação sobre as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações académicas) e *Socioprofissionais* (questões de carácter profissional: o tipo de vínculo, exercício de funções de chefia, anos de serviço, local onde exerce funções, exigências da actividade).

A *segunda parte* diz respeito à caracterização dos enfermeiros quanto à percepção do suporte social e auto conceito, sendo avaliadas pelos respectivos instrumentos, devidamente validados como descrevemos seguidamente:

### **Escala de Satisfação com o Suporte Social**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é uma escala constituída por 15 frases que são apresentadas para auto-resposta, como um conjunto de afirmações que reflectem a satisfação dos indivíduos com a sua vida social, nomeadamente com a que têm com os actores sociais com quem interagem, tais como familiares e amigos, e com as actividades sociais que desenvolvem. Neste sentido, foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo, como defendem Wethington e Kessler (1986, *cit. in* Ribeiro, 1999), que as medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível.

O processo de construção foi efectuado por Ribeiro (1993), com uma amostra que abrangeu 609 indivíduos (47% do género masculino). A solução factorial seleccionada inclui quatro factores que explicam 63.10% da variância total:

- O primeiro factor, “**satisfação com amigos**” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15).
- O segundo factor, denominado “**intimidade**” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6).
- O terceiro factor, designado “**satisfação com a família**” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (itens 9, 10, 11).
- O quarto factor, baptizado “**actividades sociais**” (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. Inclui três itens (itens 2, 7, 8).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão ou sub-escala. Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A - Concordo Totalmente”, e “5” aos assinalados em “E - Discordo Totalmente”. São excepção os itens invertidos (4,5,9,10,11,12,13,14, e 15). A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social (Ribeiro, 1999).

### **Inventário clínico de auto conceito**

O Inventário clínico de auto conceito (ICAC) foi construído por Vaz Serra (1985) e é um inventário de auto-resposta, constituído por 20 questões, que mede os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito. As respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* de 1 a 5 e cotados para que, quanto maior for a pontuação obtida, mais elevado é o auto-conceito. As pontuações podem variar de 20 a 100, sendo os valores médios para a população em geral, de 72.21 (Dp=8.14) para os homens e de 72.07 (Dp=7.84) para as mulheres.

Uma análise factorial, com rotação ortogonal de tipo *varimax*, revelou a existência de 6 factores com raízes latentes superiores a 1, que explicam 53.42% da variância:

**factor 1** - "aceitação/rejeição", contribui para 20.12% da variância total;

**factor 2** - "auto-eficácia", explica 9.01% da variância total;

**factor 3** - "maturidade psicológica", contribui para 6.97% da variância total;

**factor 4** - "impulsividade/actividade", explica 6.20% da variância total.

Na **terceira parte** e última, pretende-se avaliar em que medida os riscos psicossociais relacionados com o trabalho estão presentes na população de enfermeiros estudada. Diversos instrumentos tem sido desenvolvidos em vários países, no intuito de mensurar e possibilitar a avaliação desses factores, os quais podem agir como stressores e promover impactos bio-psico-sociais negativos. O instrumento que escolhemos para utilizar, o COPSQ, está a ser adaptado e validado para a população portuguesa. Este instrumento é o mais utilizado, por ser versátil e abrangente na avaliação dos factores de risco psicossociais associados ao trabalho

O COPSQ foi desenvolvido de 2000 a 2002 na Dinamarca e é utilizado satisfatoriamente, em estudos sobre factores psicossociais e saúde no trabalho. É um poderoso 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. (ISTAS, 2004)

O COPSQ tem como principal característica possibilitar a identificação e avaliação de factores de risco, prejudiciais à saúde. Constitui um instrumento universal, desenvolvido para qualquer tipo de trabalho no mundo ocidental, avaliando um grande número de factores psicossociais, proporcionando uma base de informação para identificação de problemas e selecção das respectivas acções preventivas. É um questionário individual, anónimo, confidencial, de preenchimento voluntário, com uma metodologia de utilização pública e gratuita. O desenvolvimento do COPSQ, tem como objectivos constituir um instrumento válido, para ser usado em diferentes situações, melhorando a comunicação entre

pesquisadores e outros profissionais, que avaliam ambientes de trabalho, possibilitando comparações nacionais e internacionais, melhorando e facilitando a avaliação e as intervenções em locais de trabalho pela operacionalização de teorias e conceitos complexos

Os autores adoptaram uma política de liberdade de utilização para todos os interessados, devendo no entanto, constituir uma ferramenta para o diálogo e melhoria do ambiente de trabalho. Fazem algumas recomendações para a utilização, que foram atendidas neste estudo: antes de iniciar o trabalho, verificar a intenção de agir, se os resultados assim o indicarem; garantir que a participação é voluntária e o anonimato dos respondentes é respeitado; considerar os resultados como uma ferramenta para o diálogo (Kristensen e Borg, 2003; ISTAS, 2004).

**Quadro 1 – Escalas COPSOQ e número de questões que a constituem**

<i>Escalas</i>	<i>Número de questões versão média</i>
<b>Exigências quantitativas</b>	1-3
<b>Ritmo de trabalho</b>	4
<b>Exigências cognitivas</b>	5-7
<b>Exigências emocionais</b>	8
<b>Influência no trabalho</b>	9-12
<b>Possibilidades de desenvolvimento</b>	13-15
<b>Previsibilidade</b>	16-17
<b>Transparência do papel laboral desempenhado</b>	18-20
<b>Recompensas</b>	21-23
<b>Conflitos laborais</b>	24-26
<b>Apoio social de colegas</b>	27-29
<b>Apoio social de superiores</b>	30-32
<b>Comunidade social no trabalho</b>	33-35
<b>Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...</b>	36-39
<b>Valores no local de trabalho:</b>	
Confiança horizontal	40-42
Confiança vertical	43-45
Justiça e respeito	46-48
Auto-eficácia	49-50
Significado do trabalho	51-53
Compromisso face ao local de trabalho	54-55
<b>Satisfação no trabalho:</b>	
Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...	56-59
Insegurança laboral	60
<b>Em relação à saúde</b>	61
<b>Conflito trabalho/família</b>	62-24
<b>Problemas em dormir</b>	65-66
<b>Extenuação</b>	67-68
<b>Stress</b>	69-70
<b>Sintomas depressivos</b>	71-72
<b>Bullying</b>	73-76

Este questionário surgiu num formato recente, reformulado em 2007 e como na versão original, não tem uma interpretação global, sendo constituído por 29 subescalas (cf quadro 1). A maioria dos itens destas subescalas é respondida numa escala tipo Likert, com cinco opções de resposta (sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca/ quase nunca), a que são atribuídos valores (0, 25, 50, 75 e 100 pontos, respectivamente).

Para caracterização dos participantes conforme o nível de exposição definido pelos autores da escala, as respostas foram reagrupadas em três categorias: nível baixo de risco (verde) – média de 0 a 34%; nível de risco médio (amarelo) - média de 34% a 67%; nível alto de risco (vermelho) - média media acima de 67%. Como recomendado, o valor de cada dimensão deve ser calculado pela média simples (Kristensen e Borg, 2003).

O Instrumento de Colheita de Dados, utilizado no presente estudo, foi sujeito a um pré-teste junto de 14 enfermeiros, em condições idênticas às da amostra, contactados previamente, no sentido de transmitirem a sua opinião acerca do ICD e da adequação do mesmo. Para além disso, pediu-se a colaboração de alguns profissionais de referência que analisaram o ICD, que deram o seu contributo, de forma a clarificar algumas questões, tornando-as mais adequadas à informação que se pretendia recolher.

A fidelidade dos questionários utilizados (ESSS, ICAC e COPSQ) foi determinada com recurso ao valor do *coeficiente alpha de cronbach*, sendo, segundo Fortin (2009), o procedimento estatístico indicado para escalas do tipo likert. Assim, no nosso estudo, obtivemos um valor de  $\alpha=0,785$  para o ESSS, um valor de  $\alpha=0,814$ , para o ICAC e um  $\alpha=0,670$ , para o COPSQ, indicativos de uma boa consistência interna das duas primeiras escalas. E apesar do valor marginal do índice relativo ao COPSQ, ele está apenas ligeiramente abaixo dos valores encontrados pelos autores da escala e dos valores de referência para a população espanhola.

### 2.3 – PROCEDIMENTOS

Na realização de qualquer investigação é fundamental seleccionar a população/amostra, mas também desenvolver um conjunto de acções, no sentido de alcançar os objectivos inicialmente propostos para o estudo. Além disso torna-se fundamental que todos os procedimentos a desencadear, se façam segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana.

Como já dissemos, no sentido de minimizar a possibilidade de ocorrência de erros de amostragem, houve a preocupação de realizar a colheita de dados de forma, o mais abrangente possível. Assim, tendo em conta que, a população de enfermeiros, na sua grande maioria tem acesso a computador com ligação á internet e sabe utilizar correctamente os meios informáticos, e no sentido de abranger o maior numero de pessoas possível, foi criado um questionário electrónico e foi disponibilizado através da Internet. Durante o mês de Dezembro de 2011, o questionário ficou disponível para preenchimento, numa página da Internet, sendo os enfermeiros, informados sobre o endereço da página do questionário, através de um e-mail. Os emails foram enviados, a todos os nossos contactos, solicitando o preenchimento do questionário, por parte de quem satisfizesse os critérios de

inclusão no estudo, e pedindo o encaminhamento dos emails, para os contactos disponíveis. Foi também, contactada a associação portuguesa de enfermeiros de reabilitação, bem como diversos, colegas em varias instituições de saúde do distrito, no sentido de reencaminharem o email, com informação do link, do questionário, e da descrição do estudo e objectivos do mesmo.

Para responder às questões, ao participante na pesquisa, bastava aceder á página do questionário e responder a duas questões prévias: (1) trabalha numa instituição de saúde do distrito de Viseu?; (2) Trabalha nessa instituição há 12 ou mais meses?. Apenas os respondentes que respondessem afirmativamente ás questões discriminantes, poderiam aceder ao questionário e efectuar o preenchimento.

O respondente não se identificava, em momento algum e apenas validava o preenchimento, se respondesse á totalidade das questões.

Os questionários foram aplicados durante o mês de Dezembro de 2011. Os indivíduos que participaram no nosso estudo, são enfermeiros a desempenhar funções na área da saúde, em instituições públicas e privadas do distrito de Viseu e que voluntariamente efectuaram o preenchimento do questionário. Informamos também, via email, acerca da garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados obtidos e tivemos-lo, sempre presente, em todos os procedimentos efectuados. Entendemos este requisito como um preceito legal mas sobretudo como um direito moral de todas as Pessoas.

Com todas as acções efectuadas garantimos a satisfação das exigências dos autores do COPSQ, já descritos na apresentação do instrumento. Para alem disso e uma vez que a escala se encontra em processo de validação para a população portuguesa, foram contactados os investigadores responsáveis, no sentido de permitirem a inclusão de contributos no estudo. Ao que acederam dando as instruções possíveis, numa fase precoce do processo de validação da escala.

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo, foi efectuado informaticamente, através do programa *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 19.0.



### 3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

---

Neste capítulo, subjacente à análise dos resultados, procuramos caracterizar, não apenas a amostra em estudo, como também analisar de que forma as variáveis influenciam os índices de percepção de riscos psicossociais ligados ao trabalho, tendo por referência os objectivos que orientaram a presente investigação.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade.

Para a análise do coeficiente de variação (CV), que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra, seleccionamos os graus de dispersão apresentados por Pestana e Gageiro (2005):  $CV \leq 5\%$  – dispersão fraca;  $15\% < CV \leq 30\%$  – dispersão moderada e  $CV > 30\%$  – dispersão elevada.

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), os autores referidos consideraram que para um nível de significância de 0,05, uma distribuição é simétrica quando o valor de “Skewness/std<sub>Error</sub>” se situa entre o -1,96 e 1,96. De igual forma, uma distribuição pode ser: Mesocúrtica quando o valor de “kurtosis/std<sub>Error</sub>” se situa entre -1,96 e 1,96, Platicúrtica quando “kurtosis/std<sub>Error</sub>” menor que -1,96 ou Leptocúrtica quando “kurtosis/std<sub>Error</sub>” maior que 1,96.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respectivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes para a distribuição ser considerada normal. O teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) de aderência à normalidade serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (Pestana e Gageiro, 2005).

Os mesmos autores referem ainda que, a distribuição normal é uma distribuição importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos testes estatísticos. Quando esta distribuição normal não se verifica temos que utilizar testes não paramétricos.

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. Na análise estatística, assumimos 0,05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente assumimos os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2003):  $p \geq 0.05$  - não significativo;  $p < 0.05$  - ligeiramente significativo;  $p < 0.01$  - muito significativo e  $p < 0.001$  - muitíssimo significativo.

Na análise dos resultados serão objecto de descrição mais detalhada, apenas, os dados estatisticamente significativos em função dos testes estatísticos paramétricos utilizados: **teste t de Student**, não emparelhado para amostras independentes, **análise de variância** (ANOVA) e procedimento One-Way com teste de contrastação entre grupos **Tukey**, para avaliar a existência de diferenças entre os grupos susceptíveis de se formar, com as amostras do estudo e **correlação de Pearson** para medir a intensidade da associação entre as variáveis intervalo/rácio em estudo, em que a proximidade a ( $\pm$ ) 1 indica uma associação muito forte, ( $\pm$ ) 0.70 indica uma forte correlação, entre ( $\pm$ ) 0.30 a 0.7 indica correlação moderada e de 0 a ( $\pm$ ) 0.30 indica fraca correlação (Fortin, 2009).

A apresentação dos resultados é feita através de quadros, onde serão apresentados os dados mais relevantes. Omitiu-se nos mesmos, o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do protocolo aplicado aos enfermeiros.

### 3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva consiste na delineação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009).

Assim, faremos a análise descritiva na qual se incluem as características sóciodemográficas, socioprofissionais, satisfação com o suporte social, inventário clínico de auto conceito dos enfermeiros em estudo e os riscos psicossociais a que estão expostos.

#### **Caracterização Sóciodemográfica**

Os resultados apresentados contextualizam todo um conjunto de características sócio-demográficas inerentes aos enfermeiros, com referência para o género, idade, estado civil e habilitações académicas.

No que diz respeito ao género dos enfermeiros, a amostra é constituída maioritariamente por mulheres 64,3% (n=99) e 35,7% (n=55) homens. A idade mínima dos enfermeiros é de 23 anos, a máxima é de 59 anos e a média de idades de 38,58 anos. Para o género masculino a média é 41,04 anos, enquanto que para o género feminino, a média se situa nos 37,21 anos, com desvio padrão (Dp) de 9,71 e 9,51 respectivamente.

Analisando o coeficiente de variação (CV) relativo à idade, este apresenta um valor de 25,28%, para a amostra global o que aponta para a existência de uma dispersão média em torno do valor médio, o mesmo se passa com os respectivos grupos. As medidas de assimetria ou enviesamento ( $Skweness_{erro}$ ) revelam curvas simétricas, já em relação às de achatamento ou curtose ( $Kurtosis_{erro}$ ) existem diferenças. Para o género masculino a curva é mesocúrtica e para a amostra total e para o género feminino as curvas são platicúrticas (cf. Quadro 2).

**Quadro 2 – Estatísticas relativas à idade**

Género	N	Min	Max	Média	Dp	SK/erro	K/erro	CV
Masculino	55	25	59	41,04	9,71	0,312	-0,1825	23,67
Feminino	99	23	59	37,21	9,51	1,333	-2,164	25,56
Total	154	23	59	38,58	9,72	1,226	-2,785	25,22

De forma a melhor poder caracterizar o grupo de enfermeiros em relação à idade, constituíram-se grupos homogêneos tendo por base as frequências absolutas. Dos resultados apresentados no quadro 3, verificamos que a maior percentagem se concentra no grupo com idade dos 30-40 anos, seguido do grupo com idade compreendida entre os 40 e 50 anos, com 31,8% e 26,0% respectivamente, para o total da amostra. Distribuição percentual semelhante se verifica relativamente aos homens. Quando analisamos a idade das enfermeiras, verificamos que o grupo mais representativo é o grupo com idade dos 30-40 anos, seguindo-se o grupo com menos de 30 anos (29,3%).

No que diz respeito ao estado civil e no que se refere à totalidade da amostra, constata-se que predomina o estado civil de casado com 56,5%, seguido do grupo de solteiros com 28,6%. A situação é percentualmente semelhante quando analisamos os valores em função do género.

De referir também que a maioria dos enfermeiros são licenciados, existindo já um número considerável de mestrados (16,9%).

**Quadro 3 – Características Sociodemográficas dos enfermeiros**

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Grupo etário</b>						
<30 Anos	14	14,5	29	29,3	37	24,0
30 – 40 Anos	18	32,7	31	31,3	49	31,8
40 – 50 Anos	14	25,5	26	26,3	40	26,0
≥50 Anos	15	17,5	13	13,1	28	18,2
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	10	18,2	34	34,3	44	28,6
Casado	38	69,1	49	49,5	87	56,5
União de facto	4	7,3	8	8,1	12	7,8
Divorciado/Separado	2	3,6	7	7,1	9	5,8
Viúvo	1	1,8	1	1,0	2	1,3
<b>Habilitações académicas</b>						
Licenciatura	44	80,0	83	83,8	127	82,5
Mestrado	11	20,0	15	15,2	26	16,9
Doutoramento	0	-	1	1,0	1	0,6

### **Caracterização Socioprofissional**

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizaram todo um conjunto de características socioprofissionais inerentes aos enfermeiros, com referência para o tempo de serviço, tipo de vínculo contratual que detêm, funções que desempenham, local onde as realizam e as principais exigências da actividade.

Para caracterizar mais perceptivelmente o grupo de enfermeiros em relação ao

tempo de serviço, constituíram-se grupos homogêneos. Quanto ao tempo de serviço dos enfermeiros (cf. Quadro 4), verificamos que varia de 1 a 39 anos, de exercício profissional. A média é de 14,99 anos para a amostra total. Analisando as estatísticas relativas ao tempo de serviço, em função do género, verificamos para o sexo masculino a média é mais elevada 17,07 anos, enquanto que para o feminino a média situa-se nos 13,83 anos, com desvios padrões de 10,67 e 9,64, respectivamente.

Analisando o CV, este apresenta um valor de 67,46%, para a amostra global e igualmente elevados para ambos os géneros, o que aponta para a existência de uma dispersão elevada em torno do valor médio. As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/erro), revelam curvas simétricas quando analisada por género enquanto para a amostra total a assimetria é positiva. Já as medidas de achatamento ou curtose (Kurtosis/erro) são mesocúrticas para ambos os géneros, enquanto para a amostra total são platicúrticas (cf. Quadro 4).

**Quadro 4 – Estatísticas relativas aos anos de serviço**

Género	N	Min	Max	Média	Dp	SK/erro	K/erro	CV
Masculino	55	1	39	17,07	10,67	1,076	-1,461	62,54
Feminino	99	1	36	13,83	9,64	1,862	-1,692	69,73
Total	154	1	39	14,99	10,110	2,228	-2,069	67,46

Relativamente aos grupos constituídos (cf. Quadro 5), verificamos que grande parte dos enfermeiros trabalha á menos de 10 anos (35,1%), especialmente as enfermeiras (40,4%). O segundo grupo mais representativo é o grupo de enfermeiros, com 10 a 20 anos de serviço (28,6%), sendo este também, o grupo mais representativo por parte dos homens.

Relativamente ao tipo de vínculo laboral dos enfermeiros da nossa amostra, a maioria (59,1%) tem vínculo definitivo, seguido do contrato sem termo, que efectivamente nas entidades públicas empresariais, tem um valor semelhante ao vínculo definitivo (cf. Quadro 5). Os vínculos referenciados como “outros”, que na maioria correspondem a enfermeiros trabalhadores independentes, constituem 7,8% da amostra.

De referir que na amostra temos uma percentagem, mesmo que minoritária, representativa de enfermeiros em cargos de chefia 17,5%, contudo são na maioria os elementos do género masculino que se encontram nestes cargos (29,1%). Apenas 11,1% de mulheres assume cargos de chefia (cf. Quadro 5).

Podemos verificar que a maior percentagem de enfermeiros desempenha funções em hospitais (66,9%) e apenas 16,9%, trabalha nos centros de saúde.

Na maior parte dos casos, os enfermeiros referem sentir concomitantemente exigências físicas e mentais (72,7%). Existindo contudo, um número (13,0%) considerável de enfermeiros, que no seu trabalho, sente essencialmente a carga física.

**Quadro 5 – Características Socioprofissionais dos enfermeiros**

VARIÁVEIS	GÉNERO		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Anos de serviço</b>						
<10	14	25,5	40	40,4	54	35,1
10-20	17	30,9	27	27,3	44	28,6
20-30	13	23,6	23	23,2	36	23,4
>30	11	20,0	9	9,1	20	13,0
<b>Tipo de vínculo</b>						
Definitivo	39	70,9	52	52,5	91	59,1
Contrato a termo certo	5	9,1	15	15,2	20	13,0
Contrato sem termo	7	12,7	24	24,2	31	20,1
Outro	4	7,3	8	8,1	12	7,8
<b>Funções de chefia</b>						
Sim	16	29,1	11	11,1	27	17,5
Não	39	70,9	88	88,9	127	82,5
<b>Local onde exerce funções</b>						
Hospital	35	63,6	68	68,7	103	66,9
Centro de saúde	9	16,4	17	17,2	26	16,9
Outro	11	20,0	14	14,1	25	16,2
<b>Principais exigências da actividade</b>						
Físicas	7	12,7	13	13,1	20	13,0
Mentais	7	12,7	15	15,2	22	14,3
Ambas mentais e físicas	41	74,5	71	71,7	126	72,7

### **Caracterização da Satisfação com o suporte social dos enfermeiros**

No que diz respeito à satisfação com o suporte social constata-se pela análise do quadro 6 que em relação à escala no seu total, os valores médios referidos estão acima dos valores médios esperados, na nossa amostra o valor médio é de 51,91, sendo o valor máximo 70. Quando analisada por dimensões, verificamos que todas apresentam o valor máximo possível, excepto a satisfação com a família. Podemos referir que no geral os enfermeiros, manifestam uma boa satisfação com o suporte social, contudo os valores médios não estão próximos do máximo. Analisando o CV, este apresenta um valor de 15,68% para o total da escala, logo podemos afirmar que apresenta uma dispersão média, mas muito próxima de fraca. Quando avaliamos as diferentes dimensões, a satisfação com a família apresenta dispersão fraca tanto para a amostra total como para ambos os géneros. As restantes dimensões apresentam uma dispersão média, com excepção das actividades sociais que apresentam dispersão elevada, mas com valores muito próximos da dispersão média.

As medidas de assimetria ou enviesamento ( $Skweness_{erro}$ ) revelam curvas simétricas para quase todas as dimensões da escala, excepto para a intimidade e satisfação com a família, relativamente ao género masculino e à amostra total. Já as medidas de achatamento ou curtose ( $Kurtosis_{erro}$ ), são mesocúrticas para ambos os géneros e para a amostra total (cf. Quadro 6).

**Quadro 6 – Estatísticas relativas á Satisfação com o suporte social e suas dimensões factoriais.**

Dimensões/Género	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV
<b>Masculino</b>							
F1 – Satisfação com amigos	6	25	17,55	3,89	-1,183	0,446	22,17
F2 – Intimidade	7	20	15,15	3,26	-3,178	-0,753	21,58
F3 – Satisfação com a família	7	12	9,47	1,12	-3,367	-0,209	11,82
F4 – Actividades sociais	4	15	8,58	2,27	1,013	-0,424	28,86
Total	30	70	50,75	8,01	0,708	0,816	15,78
<b>Feminino</b>							
F1 – Satisfação com amigos	10	25	18,53	3,48	-0,660	-1,034	18,81
F2 – Intimidade	5	20	15,51	3,19	-1,033	1,141	20,61
F3 – Satisfação com a família	6	12	9,56	1,31	-1,184	-0,063	13,72
F4 – Actividades sociais	3	15	8,97	2,75	1,842	-1,418	30,65
Total	30	70	52,56	8,18	-0,151	-0,935	15,56
<b>Amostra Total</b>							
F1 – Satisfação com amigos	6	25	18,18	3,65	-1,474	-0,367	20,10
F2 – Intimidade	5	20	15,38	3,21	-3,090	0,222	20,91
F3 – Satisfação com a família	6	12	9,53	1,24	-3,535	-0,162	13,04
F4 – Actividades sociais	3	15	8,83	2,25	1,846	-1,522	30,05
Total	30	70	51,91	8,14	0,298	-0,555	15,68

### **Caracterização do auto conceito dos enfermeiros**

Constatamos que para a nossa amostra, os valores do auto-conceito andam próximos dos valores mínimos e máximos possíveis da escala (que são 20 e 100 respectivamente). Na amostra total variam entre 37 e 90, sendo que estes valores coincidem com valores máximo e mínimo revelado pelos homens. Já para as enfermeiras, os valores variam entre os 45 e 89 (cf. Quadro 7). Os valores das médias apresentam-se muito próximos, sendo 72,76 para a amostra total, 72,22 para os enfermeiros e 73,03 para as enfermeiras. Se considerarmos os valores de referência para a população portuguesa: 72,14 para a amostra total, 72,20 para os homens e 72,06 para as mulheres, constatamos que na nossa amostra, os valores são muito próximos da referência nacional (Vaz Serra, 2005)

Analisando o CV (cf. Quadro 7), este apresenta um valor de 10,50%, para o total da escala, permitindo-nos afirmar que apresenta uma dispersão fraca. O mesmo se verifica para todos os factores, à excepção do factor impulsividade/actividade que apresenta uma dispersão média, no total da escala e relativamente ao género feminino, mas com valores muito próximos da dispersão fraca.

As medidas de assimetria ou enviesamento ( $Sk_{w/erro}$ ) (cf. Quadro 7) revelam curvas assimétricas para quase todos os factores da escala. Exceptuam-se os factores Impulsividade/ actividade para o género feminino e para a amostra total. Relativamente ao género masculino apenas o factor Aceitação/rejeição revela curva simétrica. As medidas de achatamento ou curtose ( $K_{w/erro}$ ) são mesocúrticas para a maioria dos factores, mas assumem distribuições muito variáveis. Exceptuam-se no género feminino o factor Impulsividade/ actividade e no género masculino e total da escala, o factor Aceitação/rejeição. Encontramos ainda distribuições Leptocúrticas para os restantes

factores do género masculino e total da escala e para Impulsividade/ actividade no género feminino (cf. Quadro 7).

**Quadro 7 – Estatísticas relativas ao Auto conceito e suas dimensões factoriais**

Dimensões/Género	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV
<b>Masculino</b>							
F1 – Aceitação/rejeição	13	25	18,44	2,64	0,017	-0,507	14,34
F2 – Auto-eficácia	10	26	20,95	2,51	-4,186	9,294	11,99
F3 – Maturidade psicológica	6	19	15,22	2,27	-3,672	6,258	14,94
F4 – Impulsividade/ actividade	3	15	11,69	1,95	-4,566	9,710	16,69
Total	37	90	72,22	7,84	-4,464	10,777	10,86
<b>Feminino</b>							
F1 – Aceitação/rejeição	11	25	18,58	2,55	-0,385	1,032	13,75
F2 – Auto-eficácia	14	28	21,15	2,50	-0,428	1,494	11,84
F3 – Maturidade psicológica	9	20	15,83	2,09	-0,864	1,046	13,23
F4 – Impulsividade/ actividade	4	15	11,59	1,77	-3,684	6,196	15,35
Total	45	89	73,03	7,55	-2,084	3,189	10,33
<b>Amostra Total</b>							
F1 – Aceitação/rejeição	11	25	18,53	2,58	-0,297	0,360	13,92
F2 – Auto-eficácia	10	28	21,08	2,50	-2,745	6,373	11,86
F3 – Maturidade psicológica	6	20	15,61	2,17	-3,162	5,437	13,92
F4 – Impulsividade/ actividade	3	15	11,62	1,83	-5,710	10,677	15,80
Total	37	90	72,76	7,64	-4,350	8,935	10,50

### **Caracterização dos riscos psicossociais ligados ao trabalho**

A avaliação dos riscos psicossociais, tal como foi referido anteriormente, é feita por um questionário constituído por 29 dimensões que está a ser validado para a população portuguesa. Neste momento, ainda não existem valores de referência para esta população.

Como vimos, os valores das diversas dimensões são transformados em percentagem, tornando mais fácil a leitura dos mesmos. Assim, em todas as dimensões da escala o mínimo possível é 0 e o máximo é 100 (que equivale a 100%). No que diz respeito à leitura por tercís, como recomendado pelos autores da escala, após a estratificação dos grupos, é elaborado o quadro de frequências percentuais, relativo ao número de elementos, pertencente a cada grupo.

Algumas dimensões a maioria dos enfermeiros revela uma exposição mais desfavorável para a saúde (cf. Quadro 7), sendo elas: *previsibilidade* (44,2%); *apoio social de colegas* (46,8%); *satisfação em relação à sua chefia directa* (40,9%); *confiança vertical* (47,4%); *satisfação em relação ao seu trabalho em geral* (44,2%); *insegurança laboral* (46,1%); *problemas em dormir* (42,9%); *stress* (47,4%) sendo o que apresenta valor mais elevado e *sintomas depressivos* (40,9%).

Queremos destacar os itens *percepção da saúde* e *bulling* por apresentarem valores muito baixos, (5,2%) e (1,3%) respectivamente, para exposição mais desfavorável para a saúde.

No que diz respeito aos itens mais favoráveis para a saúde realçamos os seguintes: *auto-eficácia* (53,9%), *percepção da saúde* (84,7%) e *bulling* (98,1%), por apresentarem valores muito elevados, ou seja baixos riscos.

**Quadro 8 – Distribuição dos enfermeiros por nível de risco, nas diferentes escalas de riscos psicossociais, em percentagem**

ESCALAS	PERCENTAGEM DE ENFERMEIROS EM CADA NÍVEL DE EXPOSIÇÃO		
	Baixo de risco	Risco médio	Alto de risco
	(Verde)	(amarelo)	(vermelho)
<b>Exigências quantitativas</b>	53,9	16,9	29,2
<b>Ritmo de trabalho</b>	17,5	53,8	28,7
<b>Exigências cognitivas</b>	43,5	22,7	33,8
<b>Exigências emocionais</b>	26,6	48,1	25,3
<b>Influência no trabalho</b>	34,4	20,2	34,4
<b>Possibilidades de desenvolvimento</b>	33,1	33,8	33,1
<b>Previsibilidade</b>	38,7	18,1	44,2
<b>Transparência do papel laboral desempenhado</b>	39,0	26,6	34,4
<b>Recompensas</b>	35,7	27,3	37,0
<b>Conflitos laborais</b>	31,1	32,5	36,4
<b>Apoio social de colegas</b>	30,5	22,7	46,8
<b>Apoio social de superiores</b>	31,1	29,9	39,0
<b>Comunidade social no trabalho</b>	24,0	37,0	39,0
<b>Satisfação em relação à sua chefia directa</b>	37,0	22,1	40,9
<b>Valores no local de trabalho:</b>			
Confiança horizontal	40,3	22,1	37,6
Confiança vertical	32,5	20,1	47,4
Justiça e respeito	40,9	29,9	29,2
Auto-eficácia	53,9	14,3	31,8
Significado do trabalho	34,4	36,4	29,2
Compromisso face ao local de trabalho	40,9	21,4	37,7
<b>Satisfação no trabalho</b>			
Satisfação em relação ao seu trabalho em geral	44,2	11,6	44,2
Insegurança laboral	33,1	20,8	46,1
<b>Percepção da saúde</b>	84,7	10,1	5,2
<b>Conflito trabalho/família</b>	39,0	27,9	33,1
<b>Problemas em dormir</b>	44,1	13,0	42,9
<b>Extenuação</b>	35,7	33,8	30,5
<b>Stress</b>	34,4	18,2	47,4
<b>Sintomas depressivos</b>	46,8	12,3	40,9
<b>Bullying</b>	98,1	0,6	1,3

Pelo extenso número de dimensões que constituem o instrumento, torna-se difícil o tratamento inferencial dos dados, bem como dificulta a compreensão dos resultados. De acordo com os autores da escala, esta não pode ser trabalhada no seu conjunto, pelo que decidimos agrupar as dimensões da escala, em cinco grupos de dimensões distintos. Tivemos por base as ligações que nos pareceram mais razoáveis, em termos de conceitos, e os agrupamentos efectuados por Moncada (2008), num trabalho de validação da escala para língua castelhana.

Assim, no quadro seguinte (quadro 9), apresentamos os conjuntos de dimensões por nós constituídos.

**Quadro 9 – Agrupamento de dimensões dos riscos psicossociais do COPSOQ**

CONJUNTO DE DIMENSÕES	DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS
Exigências físicas e psicológicas	Exigências quantitativas; Ritmo de trabalho; Exigências cognitivas; Exigências emocionais
Satisfação no trabalho	Influência no trabalho; Possibilidades de desenvolvimento; Previsibilidade; Transparência do papel laboral desempenhado; Recompensas; Satisfação em relação à sua chefia directa; Satisfação em relação ao seu trabalho em geral; Insegurança laboral
Apoio social e familiar	Conflitos laborais; Apoio social de colegas; Conflito trabalho/família; Apoio social de superiores; Comunidade social no trabalho
Valores	Confiança horizontal; Confiança vertical; Justiça e respeito; Auto-eficácia; Significado do trabalho; Compromisso face ao local de trabalho;
Saúde física e psicológica	Percepção da saúde; Problemas em dormir; Extenuação; Stress; Sintomas depressivos; Bullying;

Tendo em consideração a leitura percentual das dimensões e conseqüentemente dos conjuntos constituídos, verificamos pela análise do quadro 10, que os valores médios se situam acima dos 50% em todos os conjuntos de dimensões, quer relativamente ao total, quer quando analisamos os dados em função do género. Os valores médios mais elevados verificam-se relativamente ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*, relativamente à totalidade da amostra e em função do género dos enfermeiros.

Analisando o CV (cf quadro 10), verificamos que as dispersões apresentadas são fracas e médias baixas. Este apresenta um valor máximo de 18,23% para o total da amostra, 19,77% para o sexo masculino e 18,64% para o sexo feminino.

As medidas de assimetria ou enviesamento (*Skweness/erro*) revelam curvas simétricas para todos os conjuntos de dimensões da escala. As medidas de achatamento ou curtose (*Kurtosis/erro*), são mesocúrticas para ambos os géneros e para a amostra total excepto para o conjunto de dimensões *Valores*, relativamente ao total da amostra e ao sexo masculino (cf. Quadro 10).

Uma avaliação dos valores médios mais detalhada que especifica todas as dimensões, relativamente ao total da amostra e em função do género dos enfermeiros, pode ser encontrada no Apêndice 2. Destacamos pela análise dos quadros que o integram, que algumas dimensões apresentam níveis médios abaixo de 50%, são elas: *Exigências cognitivas*, *Exigências emocionais*, *Possibilidades de desenvolvimento*, *Transparência do papel laboral desempenhado*, *Apoio social de colegas*, *Comunidade social no trabalho* e *Significado do trabalho*. O que revela níveis baixos de percepção de risco, relativamente a estas dimensões. No que diz respeito às diferenças entre o género, os valores estão muito próximos na maioria das dimensões, podemos observar nas enfermeiras, maiores níveis de risco relativamente às *Exigências emocionais*, *Previsibilidade*, *Apoio social de Superiores* e *Confiança vertical*. Os homens revelam maior risco de *Conflito trabalho/família*, *Problemas em dormir*, *Extenuação*, *Stress*, *Percepção da saúde* e *Influência no trabalho*.

**Quadro 10 – Estatísticas relativas aos conjuntos de dimensões do COPSOQ**

GRUPOS DE DIMENSÕES	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV
<b>Total</b>							
Exigências físicas e psicológicas	23	87	52,68	9,602	-0,044	1,288	18,23
Satisfação no trabalho	22	77	53,20	9,602	-1,379	0,343	18,05
Apoio social e familiar	33	76	57,17	6,706	-1,365	1,254	11,73
Valores	33	81	51,80	7,359	1,594	2,451	14,21
Saúde física e psicológica	41	98	71,07	10,967	-1,237	0,632	15,43
<b>Género Masculino</b>							
Exigências físicas e psicológicas	37	87	54,85	9,309	1,635	1,928	16,97
Satisfação no trabalho	28	77	52,58	10,395	-0,379	0,003	19,77
Apoio social e familiar	43	73	57,28	6,601	0,036	-0,497	11,52
Valores	33	81	51,19	8,674	1,539	2,051	16,94
Saúde física e psicológica	53	96	72,86	9,678	0,232	-0,941	13,28
<b>Género Feminino</b>							
Exigências físicas e psicológicas	23	72	51,48	9,598	-1,040	-0,179	18,64
Satisfação no trabalho	22	73	53,55	9,168	-1,479	0,590	17,12
Apoio social e familiar	33	76	57,10	6,796	-1,678	1,915	11,90
Valores	34	69	52,13	6,540	0,780	0,096	12,55
Saúde física e psicológica	41	98	70,07	11,548	-1,117	0,645	16,48

Para averiguarmos da normalidade da distribuição da amostra, aplicamos o teste de Kolmogorov-Sminov, que revelou a existência de distribuição normal em todos os conjuntos de dimensões.

### 3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2005). Sobre esta temática, Fortin (2009, p. 440) refere que “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população.” Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Após estas considerações iniciais, procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e os conjuntos de dimensões do COPSOQ, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

#### *Influência das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações académicas) nos factores de risco psicossociais ligados ao trabalho*

Sentimos necessidade de proceder ao agrupamento de algumas características das variáveis sociodemográficas dos enfermeiros. Em relação ao estado civil, criamos dois grupos, consoante a existência ou não de companheiro(a) em coabitação. Relativamente às habilitações literárias e existindo apenas um enfermeiro com doutoramento, juntámo-lo ao grupo de enfermeiros com mestrado, constituindo apenas dois grupos distintos.

### Idade

Para se quantificar a associação entre a idade e a variável dependente em estudo, através dos grupos de dimensões de riscos psicossociais, recorreremos à Correlação de Pearson que, como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as duas variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações, tendo por referência os conjuntos de dimensões avaliadas pelo COPSQ (cf Quadro 11), revelam a inexistência de associações estatísticas significativas entre a idade e os diferentes conjuntos de dimensões. Quanto ao sentido das correlações, assumem valores negativos relativamente aos conjuntos *Exigências Físicas e Psicológicas* e *Saúde Física e Psicológica*, o que revela que com o aumento da idade existe um agravamento tendencial dos riscos relativos a estes conjuntos de dimensões. De salientar ainda, que a força das correlações é fraca em todos os conjuntos de dimensões ( $r < \pm 0.3$ ).

**Quadro 11 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSQ em função da idade**

Grupos de dimensões	r	p
Exigências físicas e psicológicas	-0,039	0,632
Satisfação no trabalho	0,054	0,508
Apoio social e familiar	0,054	0,508
Valores	0,025	0,759
Saúde física e psicológica	-0,092	0,255

### Género

Em relação à influência da variável género, os resultados dos testes *t* de *Student*, tendo por referência os conjuntos de dimensões do COPSQ (cf. quadro 12), sugerem que os sujeitos do género masculino apenas se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos do género feminino, relativamente ao conjunto de riscos psicossociais *Exigências Físicas e Psicológicas* ( $p=0,037$ ). Esta constatação permite inferir que, os enfermeiros percebem em média mais riscos psicossociais relativos ao conjunto *Exigências Físicas e Psicológicas*, que as enfermeiras.

Nos restantes conjuntos existe uma homogeneidade nos scores médios obtidos. Todavia, uma análise cuidadosa dos dados evidencia que são os homens a apresentar maior percepção de risco, nos conjuntos *Apoio Social e Familiar* e *Saúde Física e Psicológica*. Já as enfermeiras evidenciam maior percepção de risco, nos conjuntos *Valores* e *Satisfação no Trabalho*.

### **Estado civil**

Em relação à influência da variável estado civil dos enfermeiros sobre os índices de percepção dos riscos psicossociais podemos constatar (cf. Quadro 12), que o grupo dos enfermeiros casados / união de facto apresentam maior índice médio de percepção de riscos psicossociais, relativamente aos conjuntos de dimensões *Apoio Social e Familiar* e *Saúde Física e Psicológica*. Nos restantes conjuntos de dimensões são os enfermeiros Solteiro/Viúvos/Divorciados que apresentam em média maior percepção de exposição aos riscos psicossociais. Contudo, estas diferenças são ligeiras e não são confirmadas estatisticamente pelos resultados encontrados.

**Quadro 12 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSQ em função do género, estado civil e Habilitações académicas**

Grupos de dimensões		n	$\bar{x}$	Dp	Levene	p	t	p
<b>Género</b>								
Exigências físicas e psicológicas	Masculino	55	54,85	9,309	0,489	0,486	2,108	0,037
	Feminino	99	51,48	9,598				
Satisfação no trabalho	Masculino	55	52,58	10,395	0,767	0,382	-0,600	0,550
	Feminino	99	53,55	9,168				
Apoio social e familiar	Masculino	55	57,28	6,601	0,018	0,895	0,160	0,873
	Feminino	99	57,10	6,796				
Valores	Masculino	55	51,19	8,674	3,207	0,075	-0,759	0,449
	Feminino	99	52,13	6,540				
Saúde física e psicológica	Masculino	55	72,86	9,678	0,982	0,323	1,518	0,131
	Feminino	99	70,07	11,548				
<b>Estado civil</b>								
Exigências físicas e psicológicas	Solt/V./Div	55	52,91	8,353	1,401	0,238	0,216	0,829
	Cas./U. Fac	99	52,56	10,269				
Satisfação no trabalho	Solt/V./Div	55	53,69	10,062	0,318	0,573	0,463	0,644
	Cas./U. Fac	99	52,94	9,378				
Apoio social e familiar	Solt/V./Div	55	57,14	6,825	0,006	0,939	0,040	0,968
	Cas./U. Fac	99	57,19	6,674				
Valores	Solt/V./Div	55	52,33	8,209	0,654	0,420	0,673	0,502
	Cas./U. Fac	99	51,50	6,868				
Saúde física e psicológica	Solt/V./Div	55	70,01	11,505	0,217	0,642	-0,894	0,373
	Cas./U. Fac.	99	71,66	10,670				
<b>H. Académicas</b>								
Exigências físicas e psicológicas	Licenciatura	127	52,83	9,766	0,763	0,384	0,421	0,674
	Mestr./Dout.	27	51,98	8,928				
Satisfação no trabalho	Licenciatura	127	53,56	9,751	0,289	0,591	0,999	0,320
	Mestr./Dout.	27	51,53	8,842				
Apoio social e familiar	Licenciatura	127	57,17	6,942	3,602	0,060	0,014	0,989
	Mestr./Dout.	27	57,19	5,576				
Valores	Licenciatura	127	51,82	7,014	0,336	0,563	0,101	0,920
	Mestr./Dout.	27	51,67	8,958				
Saúde física e psicológica	Licenciatura	127	70,55	11,051	0,449	0,504	1,261	0,209
	Mestr./Dout.	27	73,48	10,423				

### **Habilitações académicas**

Da análise dos resultados do teste *t* de *Student*, sobre a influência da variável habilitações académicas, nos índices de percepção de riscos psicossociais pelos enfermeiros (cf. quadro 12 na pag anterior), podemos verificar que existe uma homogeneidade dos valores médios observados. Os enfermeiros com cursos de Mestrado ou Doutoramento apresentam ligeiramente maiores valores médios de percepção de riscos psicossociais nos grupos de dimensões *Apoio Social e Familiar* e *Saúde Física e Psicológica*. Nos restantes grupos de dimensões de riscos psicossociais os enfermeiros licenciados revelaram índices médios mais elevados. Não se verificando diferenças estatisticamente significativas em nenhum conjunto de dimensões, relativamente ao nível académico dos enfermeiros.

### **Influência das variáveis socioprofissionais ( tipo de vínculo contratual, exercício de funções de chefia, anos de serviço, local onde exerce funções, exigências da actividade) nos factores de risco psicossociais ligados ao trabalho**

Para verificarmos a influência das variáveis socioprofissionais sobre os conjuntos de dimensões do COPSOQ, recorreremos à análise de variância pelo procedimento ANOVA, e, sempre que necessário, aplicamos o teste Post-Hoc de Tukey, de forma a localizar e identificar as diferenças significativas entre os grupos em estudo. Os resultados desta análise estatística estão expressos no quadro 13.

#### **Tipo de vínculo contratual**

Quanto ao efeito do “vínculo contratual” dos enfermeiros, nos conjuntos de dimensões do COPSOQ, (cf. quadro 13), verifica-se um efeito significativo desta variável sobre os conjuntos de dimensões *Satisfação no Trabalho*, ( $p=0.044$ ) e *Apoio Social e Familiar* ( $p=0.006$ ). Pela aplicação do teste Post-Hoc de Tukey, verificamos que as diferenças se situam, entre os grupos de enfermeiros com vínculo definitivo e o grupo com outros vínculos contratuais. Sendo que, os enfermeiros com vínculo definitivo, são os que percebem maiores riscos, no que diz respeito aos conjuntos de dimensões *Satisfação no Trabalho* e *Apoio Social e Familiar*. Relativamente aos índices médios observados, os valores mais elevados distribuem-se pelos diferentes grupos, sendo que, apenas o grupo de enfermeiros com Contrato sem termo, não apresenta nenhum valor médio acima dos apresentados pelos restantes grupos de enfermeiros, em nenhum conjunto de dimensões.

#### **Local onde exerce funções**

Relativamente à influência do local de exercício de funções sobre a percepção dos

riscos psicossociais e continuando a analisar o quadro 13, verificamos que as análises de variância revelam a existência de diferenças significativas nos conjuntos de dimensões: *Satisfação no Trabalho* ( $p=0,013$ ), *Apoio Social e Familiar* ( $p=0,022$ ), e *Valores* ( $p=0,015$ ).

Os testes Pós-Hoc de Tukey indicam que a diferença nos conjuntos de dimensões *Satisfação no Trabalho* ( $p=0,010$ ), se situa entre os enfermeiros que trabalham no hospital e os enfermeiros que trabalham em outros locais. O mesmo acontece em relação ao conjunto de dimensões denominado *Valores* ( $p=0,011$ ). Relativamente ao conjunto de dimensões *Apoio Social e Familiar*, a diferença situa-se entre os enfermeiros que trabalham nos hospitais e os enfermeiros que exercem funções nos centros de saúde.

**Quadro 13 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey das variáveis sócio profissionais e grupos de variáveis do COPSOQ**

Grupos De Dimensões	n	Exig. Físi e Psic.	Sat. no Trabalho	Ap. Soc. e Familiar	Valores	Saúde Fís. e Psic.
<b>VARIÁVEIS</b>						
<b>Tipo de vínculo contratual</b>		<b>Valores Médios</b>				
Definitivo	91	52,73	54,70	58,45	51,83	71,86
Contrato sem termo	20	55,17	49,67	55,87	51,89	69,31
Contrato a termo	31	49,78	54,37	56,32	53,15	67,80
Outro	12	55,69	44,77	51,83	47,92	76,39
		<b>Análise de Variância</b>				
<b>F</b>		1,810	5,281	4,313	1,479	2,241
<b>p</b>		0,148	<b>0,002</b>	<b>0,006</b>	0,223	0,086
		<b>Post-Hoc (Tukey)</b>				
			<b>0,003</b>	<b>0,006</b>		
			Def.>Out.	Def.>Out.		
<b>Local onde exerce funções</b>		<b>Valores Médios</b>				
Hospital	103	52,80	54,56	58,12	52,76	71,04
Centro de saúde	26	52,44	52,44	54,18	51,60	70,00
Outro	25	52,47	48,39	56,37	48,04	72,27
		<b>Análise de Variância</b>				
<b>F</b>		0,022	4,445	3,933	4,313	0,270
<b>p</b>		0,978	<b>0,013</b>	<b>0,022</b>	<b>0,015</b>	0,764
		<b>Post-Hoc (Tukey)</b>				
<b>p</b>			<b>0,010</b>	<b>0,020</b>	<b>0,011</b>	
			Hosp> outro	Hosp> C.S.	Hosp> outro	
<b>Exigências da actividade</b>		<b>Valores Médios</b>				
Físicas	6	60,33	51,34	57,40	50,03	77,22
Mentais	22	56,52	52,05	57,30	52,68	71,67
Ambas	126	50,57	53,76	57,10	51,94	69,85
		<b>Análise de Variância</b>				
<b>F</b>		12,442	0,719	0,022	0,754	4,027
<b>p</b>		<b>0,000</b>	0,489	0,979	0,472	<b>0,020</b>
		<b>Post-Hoc (Tukey)</b>				
<b>p</b>		0,000				0,015
		Fis>Amb				Fis>Amb

### **Exigências da actividade**

Quanto às exigências da actividade manifestadas pelos enfermeiros e ao efeito que produzem, sobre os conjuntos de dimensões do COPSOQ (cf. quadro 13 na pag anterior),, verificam-se diferenças estatísticas muitíssimo significativas, relativamente ao conjunto de dimensões *Exigências Físicas e Psicológicas* ( $p=0,000$ ), e diferenças estatísticas muito significativas, relativamente ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica* ( $p=0,015$ ). Pela aplicação do teste Post-Hoc de Tukey, verificamos que as diferenças são entre os grupos de enfermeiros, que percepcionam, essencialmente, exigências físicas e o grupo que refere ambas concomitantemente. Sendo que os enfermeiros que percepcionam exclusivamente exigências físicas, apresentam maior risco em relação aos grupos de dimensões *Exigências Físicas e Psicológicas* e *Saúde Física e Psicológica*. Relativamente aos índices médios observados, os valores mais elevados são apresentados pelos enfermeiros que referiram sentir essencialmente exigências físicas, excepto no conjunto de dimensões *Valores*, em que o grupo de enfermeiros que referiu essencialmente exigências mentais apresentou maior valor médio. No conjunto de dimensões *Satisfação no Trabalho*, em que o valor médio mais elevado, coube ao grupo de enfermeiros que referiu ambas as exigências, na actividade laboral.

**Quadro 14 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSOQ em função do exercício de funções de chefia**

Grupos de dimensões		n	$\bar{x}$	Dp	Levene	P	t	p
<b>Exercício de funções de chefia</b>								
Exigências físicas e psicológicas	Sim	27	52,84	10,019	0,414	0,521	0,092	0,927
	Não	127	52,65	9,552				
Satisfação no trabalho	Sim	27	50,43	9,515	0,067	0,796	-1,661	0,099
	Não	127	53,79	9,553				
Apoio social e familiar	Sim	27	57,09	5,648	0,989	0,322	-0,070	0,944
	Não	127	57,19	6,930				
Valores	Sim	27	49,73	7,525	0,335	0,563	-1,613	0,109
	Não	127	52,24	7,278				
Saúde física e psicológica	Sim	27	73,52	10,042	0,294	0,589	1,282	0,202,
	Não	127	70,54	11,121				

### **Funções de chefia**

Da análise dos resultados do teste *t* de *Student*, sobre a influência da variável funções de chefia, nos índices de percepção de riscos psicossociais pelos enfermeiros (cf. quadro 14), podemos verificar que existe uma semelhança dos valores médios observados. Os enfermeiros que exercem funções de chefia apresentam maiores valores médios, de percepção de riscos psicossociais essencialmente no grupo de dimensões *Saúde Física e Psicológica*. Nos grupos de dimensões *Satisfação no Trabalho* e *Valores*, são os enfermeiros que não assumem normalmente funções de chefia, que revelaram índices médios mais elevados. Não se verificando diferenças estatisticamente significativas em

nenhum conjunto de dimensões, relativamente ao exercício ou não de funções de chefia.

### **Anos de serviço**

Para quantificar a associação entre o tempo de serviço expresso em anos e a variável dependente em estudo, através dos conjuntos de dimensões de riscos psicossociais, recorreremos à Correlação de Pearson, que como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações, tendo por referência os conjuntos de dimensões avaliadas pelo COPSOQ (cf Quadro 15), revelam a existência de associação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e o conjunto de dimensões denominado *Valores* ( $p=0,036$ ) e a existência de associação altamente significativa, relativamente ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica* ( $p=0,004$ ), sendo o sentido da associação negativo no primeiro caso e positivo no segundo. Assim o aumento do tempo de serviço provoca uma diminuição da percepção de riscos psicossociais da ordem dos *Valores* e um aumento da percepção de riscos na área da *Saúde Física e Psicológica*. Relativamente ao sentido das restantes correlações, assumem valores negativos os conjuntos *Satisfação no Trabalho* e à *Apoio Social e Familiar*, o que revela um agravamento tendencial dos riscos relativos a estes conjuntos com o aumento do tempo de serviço. De salientar ainda que a força das correlações é fraca em todos os conjuntos de dimensões ( $r < \pm 0.3$ ).

**Quadro 15 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função dos anos de serviço**

<b>Grupos de dimensões</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Exigências físicas e psicológicas	0,053	0,510
Satisfação no trabalho	-0,130	0,107
Apoio social e familiar	-0,056	0,493
Valores	-0,169	<b>0,036</b>
Saúde física e psicológica	0,230	<b>0,004</b>

*Influência das variáveis psicológicas (satisfação com a vida social, auto conceito) nos factores de risco psicossociais ligados ao trabalho*

### **Satisfação com o Suporte Social**

Da análise do teste de *correlação de Pearson* entre a satisfação com o suporte social no total e nas diferentes dimensões da ESSS e os conjuntos de dimensões do COPSOQ, podemos verificar (cf Quadro 16), que relativamente ao conjunto de dimensões *Exigências Físicas e Psicológicas*, as correlações são positivas, excepto na relação com a dimensão *Satisfação com a Família*. Contudo, apenas existem diferenças estatísticas significativas

relativamente influência da dimensão *Actividades Sociais* ( $p=0,029$ ).

Quanto aos conjuntos de dimensões: *Satisfação no trabalho, Apoio Social e Familiar e Valores*, assumem correlações de sentido negativo com todas as dimensões e total da escala de Suporte social (cf Quadro 16). Indiciando que o aumento de percepção de suporte social, condiciona uma diminuição da percepção de riscos psicossociais nestes três conjuntos de dimensões do COPSQ. Todas revelam pelo menos, associações estatisticamente significativas na relação com as dimensões satisfação com os amigos e satisfação com a família.

No que diz respeito ao conjunto de dimensões denominadas *Saúde Física e Psicológica*, as correlações são todas positivas (cf Quadro 16), indicando o aumento da percepção de riscos psicossociais de saúde no trabalho com o aumento do suporte social percebido. Constatamos igualmente a existência de diferenças estatísticas altamente significativas para com todas as dimensões e no total da escala de suporte social.

Analisando apenas o total da escala de suporte social constatamos a existência de uma correlação negativa e estatisticamente significativa ( $p=0,041$ ) com o conjunto de dimensões *Satisfação no Trabalho*. E de uma correlação positiva, estatística e altamente significativa ( $p=0,000$ ) para com o conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*. Indicando que com o aumento do suporte social percebido, diminui a percepção de riscos psicossociais relativos ao conjunto de dimensões *Satisfação no Trabalho* e aumenta a percepção de riscos psicossociais relativos ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*.

Quanto à força das associações, verificamos (cf Quadro 16) que na generalidade são fracas ( $r < \pm 0.3$ ), exceptuam-se as estabelecidas com o conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*, que são na sua maioria associações moderadas ( $\pm 0.3 < r < \pm 0.7$ ).

**Quadro 16 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSQ em função da satisfação com o Suporte Social**

Grupos de dimensões	Satisfação com suporte social									
	Sat. Amigos		Intimidade		Sat. Família		Activ. sociais		Total	
	r	P	r	p	r	P	r	p	r	p
Exigências físicas e psicológicas	0,072	0,373	0,076	0,351	-0,092	0,255	0,176	<b>0,029</b>	0,147	0,069
Satisfação no trabalho	-0,291	<b>0,000</b>	-0,225	<b>0,005</b>	-0,284	<b>0,000</b>	-0,155	0,055	-0,165	<b>0,041</b>
Apoio social e familiar	-0,173	<b>0,032</b>	-0,172	<b>0,033</b>	-0,159	<b>0,049</b>	-0,067	0,406	-0,069	0,398
Valores	-0,216	<b>0,007</b>	-0,137	0,090	-0,298	<b>0,000</b>	-0,046	0,568	-0,092	0,257
Saúde física e psicológica	0,495	<b>0,000</b>	0,377	<b>0,000</b>	0,410	<b>0,000</b>	0,231	<b>0,004</b>	0,394	<b>0,000</b>

### **Auto conceito**

Analisando os resultados do teste de *correlação de Pearson* entre o Auto conceito total, os diferentes factores do ICAC e os conjuntos de dimensões do COPSQ, podemos verificar (cf Quadro 17) que os factores aceitação/ rejeição e auto-eficácia, apresentam

diferenças estatísticas significativas, na sua relação com os conjuntos de dimensões *Valores* e *Saúde Física e Psicológica* ( $p=0,000$ ), sendo o sentido da correlação negativo no primeiro caso e positivo no segundo. Estes factores condicionam uma diminuição da percepção de riscos psicossociais relativo ao conjunto *Valores* e um aumento da percepção dos riscos relativos ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*.

No que se refere ao factor maturidade psicológica verificamos a existência de uma correlação negativa e estatisticamente significativa ( $p=0,044$ ) para com o conjunto de dimensões *Valores*, indicando que o aumento deste factor do autoconceito, condiciona a diminuição da percepção de riscos psicossociais relativamente ao conjunto de dimensões *Valores*.

No que concerne ao factor do auto conceito impulsividade/actividade, podemos observar a existência de uma correlação estatisticamente significativa para com o conjunto de dimensões *Satisfação no Trabalho* ( $p=0,030$ ). E a existência de correlações altamente significativas para com os conjuntos de dimensões *Valores* e *Saúde Física e Psicológica* ( $p=0,000$ ). Os sentidos das correlações são negativos relativamente aos conjuntos de dimensões *Satisfação no Trabalho* e *Valores* e positivo relativamente conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*.

Analisando agora o total da escala de auto conceito, constatamos a existência de uma correlação negativa e altamente significativa ( $p=0,000$ ) com o conjunto de dimensões *Valores*. E de uma correlação positiva e altamente significativa ( $p=0,000$ ) para com o conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*. Ou seja, o Auto conceito condiciona uma diminuição da percepção de riscos psicossociais relativos ao conjunto *Valores* e um aumento da percepção dos riscos relativos ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*.

Quanto à força das associações, verificamos (cf Quadro 17) que na sua grande maioria as associações são fracas ( $r < \pm 0,3$ ), sendo que apesar de algumas serem consideradas moderadas ( $\pm 0,3 < r < \pm 0,7$ ), os valores são marginais e muito próximos de 0,3.

**Quadro 17 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSQ em função do Auto Conceito**

Grupos de dimensões	Auto conceito									
	Aceit./rej.		Auto-efic.		Mat. Psic.		Imp./activ.		Total	
	R	p	r	P	r	p	r	p	r	p
Exigências físicas e psicológicas	0,093	0,253	0,003	0,966	-0,029	0,717	0,071	0,384	0,036	0,659
Satisfação no trabalho	-0,182	0,024	-0,138	0,088	-0,006	0,943	-0,175	<b>0,030</b>	-0,130	0,107
Apoio social e familiar	-0,111	0,170	-0,085	0,295	-0,020	0,806	0,008	0,921	-0,064	0,431
Valores	-0,360	<b>0,000</b>	-0,338	<b>0,000</b>	-0,163	<b>0,044</b>	-0,312	<b>0,000</b>	-0,343	<b>0,000</b>
Saúde física e psicológica	0,338	<b>0,000</b>	0,237	<b>0,003</b>	0,076	0,347	0,332	<b>0,000</b>	0,284	<b>0,000</b>

## 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

No capítulo anterior analisámos os dados obtidos, procurando salientar os resultados mais relevantes. No entanto, este é o espaço e o momento indicado para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado. Este capítulo reveste-se de grande importância, pois possibilita a confrontação dos resultados obtidos, com outros comprovados cientificamente, presentes na bibliografia revista e resultantes de estudos realizados anteriormente.

Desta forma, iremos analisar a percepção dos enfermeiros que trabalham nas instituições de saúde, do distrito de Viseu acerca, da exposição aos riscos psicossociais. Efectuamos, também, a análise das variáveis preditivas de maior percepção de riscos psicossociais no trabalho, confrontando com outros estudos realizados, mas também, com as nossas convicções nesta matéria.

### **Variáveis sócio-demográficas**

As características sócio-demográficas inerentes aos enfermeiros, referem-se ao género, idade, estado civil e habilitações académicas.

#### **Género**

Dos 154 enfermeiros da nossa amostra, 35,7% são do género masculino e 64,3% do feminino. Sendo a amostra constituída maioritariamente por mulheres, os dados vão de encontro, aquela que é a realidade nacional, relativa á classe. Uma maioria de enfermeiras, provavelmente relacionada com uma forte e antiga associação do cuidar à feminilidade, decorrente da história da prestação de cuidados e da enfermagem como profissão (Simões e Amâncio, 2004).

Em 2011, os enfermeiros (homens), constituíam cerca de 19% do total de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE). Ainda que, no distrito de Viseu, o número seja ligeiramente superior, não ultrapassa os 21%, de enfermeiros (homens), relativamente ao total de enfermeiros inscritos (OE, 2012).

As diferenças relativas á incidência de riscos psicossociais entre os enfermeiros, são diminutas em quase todos os conjuntos de dimensões. Os homens percebem em média mais *Exigências Físicas e Psicológicas*, enquanto, as enfermeiras aprestam maior nível de risco relativo ao conjunto de dimensões *Satisfação no Trabalho*. As dimensões quando analisadas separadamente, revelam valores médios de risco, muito próximos para ambos os géneros, na maioria das dimensões. Podemos observar nas enfermeiras, maiores níveis de risco relativamente ás *Exigências Emocionais, Previsibilidade, Apoio social de Superiores e Confiança Vertical*. Os homens revelam maior risco de *Conflito trabalho/família, Problemas*

*em dormir, Extenuação, Stress, Percepção da saúde e Influência no trabalho* (Apêndice 2).

Os resultados encontrados são similares aos de outros estudos sobre os factores de risco psicossociais. Em 2005, na UE, 23,3% dos homens e 21% das mulheres afirmaram sentir *stress* na sua actividade laboral. Mas, quanto ao género dos trabalhadores, apesar das ligeiras discrepâncias, não existem diferenças significativas na prevalência dos riscos de saúde com origem psicossocial (EU – OSHA, 2009). O grupo mais vulnerável refere-se ao grupo de trabalhadores que se encontra em minoria, independentemente da minoria serem mulheres ou homens, jovens ou idosos (Serra, 2005; Leite e Uva, 2007). No caso dos enfermeiros, o grupo minoritário, são os homens e são eles que percebem maior nível de risco, Principalmente no que diz respeito às *Exigências Físicas e Psicológicas*, em que se diferenciam de forma estatisticamente significativa das enfermeiras. Embora a diferença não seja estatisticamente significativa, nos conjuntos de dimensões *Apoio Social e Familiar* e *Saúde Física e Psicológica* são também os homens, que apresentam maior percepção de risco.

#### Idade

A idade média dos enfermeiros no nosso estudo é de 38,58 anos, variando entre o mínimo de 23 e o máximo de 59 anos. Em média, as enfermeiras (37,21 anos) são mais jovens, que os enfermeiros (41,04 anos). O grupo etário com mais representatividade é o de 30-40 anos (31,8%), seguido do grupo de 40-50 anos (26,0%) e o menos representativo é o  $\geq 50$  Anos (18,2%). Dados, concordantes com a realidade nacional, em que no grupo etário de 30 a 40 anos, encontramos cerca de 28% dos enfermeiros portugueses (OE, 2012). No grupo etário dos 40 aos 50 anos, os enfermeiros representam cerca de 20%, do total nacional. Na nossa amostra, a população será ligeiramente mais velha que os enfermeiros a nível nacional. Com idades inferiores a 30 anos, encontramos 32% de enfermeiros a nível nacional e no nosso estudo apenas 24%.

Ao analisarmos a distribuição dos grupos etários em função do género, verificamos que nas mulheres, a distribuição é semelhante. Nos homens, o grupo menos representado é o grupo com idade inferior a 30 anos (14,5%), o mais representativo é o grupo com 30-40 anos (32,7%), como na amostra total.

Ao analisarmos a incidência de riscos psicossociais em função da idade, verifica-se que, relativamente aos conjuntos *Exigências Físicas e Psicológicas* e *Saúde Física e Psicológica*, com o aumento da idade existe uma tendência de melhoria, embora a força das correlações seja fraca e não existam diferenças estatísticas significativas. Relativamente à *Satisfação no trabalho, ao Apoio social e familiar, aos Valores*, a tendência é para o agravamento da percepção de risco, mas a relação é ínfima.

Os estudos consultados apontam para os trabalhadores que mais frequentemente, se sentem afectados pelo *stress* são os que têm idade compreendida entre os 40 e os 54

anos, relativamente aos restantes grupos etários. Nos países da união europeia são os trabalhadores com idade inferior a 24 anos que menos se queixam do *stress* (EU – OSHA, 2009). Nesse sentido, vão também os dados por nós encontrados, quando comparamos as médias dos níveis de percepção de risco, em função do grupo etário (Apêndice 3). Verificamos que os enfermeiros com mais de 50 anos apresentam maior nível médio, relativamente às *Exigências Físicas e Psicológicas* e *Saúde Física e Psicológica*. Sendo que, relativamente ao primeiro conjunto de dimensões, existe uma diferença significativa para com o grupo de enfermeiros com 30 a 40 anos. Enquanto que no segundo as diferenças são para com o grupo de enfermeiros com menos de 30 anos.

#### Estado civil

Quanto ao estado civil, os Enfermeiros maioritariamente, são casados (56,5%), sobretudo a grande maioria dos homens (69,1%), sendo que 28,6% são solteiros e 28,6%, são divorciados e apenas 1,3% são viúvos.

Nos dados provisórios referentes ao censo 2011, a maioria da população residente em Portugal estava casada (47%) ou solteira (40%). As restantes categorias do estado civil, divorciado e viúvo, aparecem com uma expressão muito menor, respectivamente 6% e 7% (INE, 2011). Estes valores não são muito díspares dos encontrados na nossa amostra. A distribuição da população, relativamente ao estado civil por sexo, segue genericamente o mesmo padrão. O estado civil de casado predomina em ambos os grupos e o grupo dos solteiros é o segundo mais importante (INE, 2011).

O grupo dos enfermeiros casados ou em união de facto apresentam maior índice médio de percepção de riscos psicossociais, relativamente aos conjuntos de dimensões *Apoio Social e Familiar* e *Saúde Física e Psicológica*. Aparentemente somos levados a pensar que quem vive com alguém, sentiria menos dificuldade relativa ao apoio sócio familiar, contudo os dados revelam precisamente o contrário. Se tivermos em linha de conta que quem vive só tem menos encargos e não está sujeito a um conjunto de exigências que a vida conjunta acarreta, poderemos perceber uma justificação para este facto.

Os dados parecem também corroborar os estudos consultados, relativamente à prevalência de transtornos mentais, na população em geral, referem que as taxas de prevalência mais altas são encontradas nos viúvos, separados ou divorciados (Guimarães et al, 2006).

#### Habilitações académicas

Os enfermeiros da nossa amostra são maioritariamente licenciados (82,5%), sendo 16,9%, mestres e apenas uma enfermeira é doutorada.

Estes resultados devem-se ao facto da alteração na estrutura de formação em enfermagem, com a licenciatura como requisito para a prestação de cuidados. Actualmente os enfermeiros terminam o curso como licenciados. E os enfermeiros formados

anteriormente frequentaram o ano complementar, que lhes conferiu o mesmo grau.

Os enfermeiros com cursos de Mestrado ou Doutoramento apresentam maiores valores médios de percepção de riscos psicossociais nos grupos de dimensões *Apoio Social e Familiar* e *Saúde Física e Psicológica*.

Relativamente á escolaridade, embora os trabalhadores de todos os níveis de escolaridade, revelem níveis médios de exigências quantitativas, os resultados apontaram um alto grau de percepção de exigências cognitivas, para os trabalhadores que têm mestrado e graus médios de formação, relativamente a outros níveis escolares (Reis, Fernandes & Gomes, 2010).

Não podemos também esquecer, que o nível de formação está relacionado com as funções dos trabalhadores e portanto, com as actividades por eles desenvolvidas, explicitando a relação entre funções exercidas no contexto de trabalho e os riscos percebidos.

### **Variáveis Socioprofissionais**

Agregando um conjunto de características sócio profissionais como o tipo de vínculo contratual, os anos de serviço, o local onde exerce funções e as exigências da actividade.

#### **Tipo de vínculo contratual**

A maioria dos enfermeiros (59,1%) tem vínculo definitivo, seguido do contrato sem termo, que efectivamente nas entidades públicas empresariais, tem um valor semelhante ao vínculo definitivo. Os vínculos referenciados como “outros”, que na maioria correspondem a enfermeiros trabalhadores independentes, constituem 7,8% da amostra.

O grupo de enfermeiros com vínculo definitivo percepção mais riscos relativos á *Satisfação no Trabalho* e *Apoio Social e Familiar*, que o grupo de enfermeiros com “outros” vínculos contratuais. Estes dados podem ser justificados, por existir uma necessidade de agradar aos superiores hierárquicos, quando o vínculo é precário (Ungaro, 2009). Por outro lado, como os vínculos definitivos se associam a trabalhadores mais velhos, com regalias e remunerações fixas, não precisando de se esforçar para conseguir obter melhores ordenados ou garantir o lugar. Muito tempo no mesmo posto de trabalho pode gerar monotonia e desinteresse.

#### **Anos de serviço**

Quanto ao tempo de serviço dos enfermeiros varia de 1 a 39 anos de exercício profissional. Em média os enfermeiros no geral trabalham acerca de 14,99 anos, os homens 17,07 anos e as enfermeiras 13,83 anos. Estes dados estão de acordo com os encontrados relativamente à idade dos enfermeiros, o que sugere que o início de actividade dos enfermeiros coincide com o término do curso de enfermagem.

Grande parte dos enfermeiros trabalha á menos de 10 anos (35,1%), especialmente as enfermeiras, em que 40,4% ainda não atingiu esse patamar.

O aumento do tempo de serviço provoca uma diminuição da percepção de riscos psicossociais da ordem dos *Valores* e um aumento da percepção de riscos na área da *Saúde Física e Psicológica*. A *Satisfação no trabalho* e o *Apoio social e familiar* sofrem um agravamento tendencial, com o aumento do tempo de serviço. Quanto ao tempo nas empresas, os trabalhadores mais novos, consideram existir maior nível de exigências quantitativas, ao contrário dos trabalhadores com mais tempo nas organizações. Isto deve-se provavelmente ao processo de adaptação e integração, em que se encontram os trabalhadores na fase inicial de funções (Reis, 2010).

#### Local onde exerce funções

A maioria dos enfermeiros desempenha funções em hospitais (66,9%). A nível nacional cerca de 12 % dos enfermeiros trabalha nos centros de saúde e cerca de 54% nos Hospitais, existindo uma grande percentagem ( $\pm 25\%$ ) de enfermeiros que não comunicaram o seu local de trabalho (OE, 2012). Relativamente ao local de trabalho dos enfermeiros, a nossa amostra espelhará aproximadamente a realidade nacional.

Relativamente à influência do local de exercício de funções sobre a percepção dos riscos psicossociais, os enfermeiros que trabalham no hospital percebem maior nível de risco referente à *Satisfação no Trabalho* e aos *Valores* que os enfermeiros que trabalham em outros locais. E, relativamente ao *Apoio Social e Familiar*, os enfermeiros que trabalham no hospital percebem menores níveis de risco que os enfermeiros que exercem funções nos centros de saúde.

Estes dados vão de encontro aos estudos consultados, em que os hospitais são dos locais onde os profissionais estão expostos a grande número de riscos físicos, químicos, biológicos e psicológicos. Para além, de os riscos profissionais nos hospitais apresentarem um largo espectro, variam de acordo com vários factores, entre os quais, as características individuais dos trabalhadores (Moreira et al, 2006). Por outro lado, os sectores da Educação, da Saúde e Acção Social e dos Transportes e comunicações, são aqueles em que os trabalhadores apresentam maior prevalência de problemas de saúde de natureza psicossocial (EU – OSHA, 2009). Todos os enfermeiros são profissionais de saúde, mas os que exercem funções nos hospitais apresentam maior nível de risco de problemas com origem psicossocial.

#### Funções de chefia

Os enfermeiros em cargos de chefia representam cerca de 17,5% do total da amostra. É uma percentagem minoritária, mas em nosso entender considerável. São na maioria os elementos do género masculino que assumem esses cargos.

A influência do exercício de funções de chefia nos índices de percepção de riscos psicossociais pelos enfermeiros não é considerável. Contudo, os enfermeiros que exercem funções de chefia apresentam maiores valores médios de percepção de riscos psicossociais, essencialmente no que concerne à *Saúde Física e Psicológica*. Os enfermeiros que não assumem normalmente funções de chefia revelaram maior nível de risco relativamente à *Satisfação no Trabalho e Valores*.

A relação entre os riscos psicossociais e o exercício de funções de chefia, está muito relacionado com a forma de gestão e estilo de liderança, constituindo uma relação complexa, pois os responsáveis das equipas sofrem as influências e influenciam as políticas e procedimentos organizacionais. Os factores de risco psicossociais podem deteriorar as relações interpessoais e afectar o ambiente organizacional (Reis, Fernandes & Gomes, 2010).

#### Exigências da actividade

As exigências percebidas no trabalho dos enfermeiros, quando abordados pela questão directamente, são na maior parte dos casos concomitantemente, físicas e mentais (72,7%). Existindo ainda um número (13,0%) considerável de enfermeiros, que no seu trabalho, sente essencialmente a carga física. Estes dados parecem dever-se á grande percentagem de enfermeiros ligados á prestação de cuidados directos aos doentes. A enfermagem continua a ser um curso, essencialmente prático, muito voltado para a prática clínica, com muito trabalho físico, mas também com necessidade de recorrer constantemente a um conjunto de saberes, desenvolvendo o raciocínio crítico, com base um corpo de conhecimentos muito vasto.

Quanto ao efeito que, as exigências referidas pelos enfermeiros produzem sobre os riscos psicossociais, os enfermeiros que referiram apenas exigências físicas revelaram maior risco, relativamente ás *Exigências Físicas e Psicológicas* e à *Saúde Física e Psicológica*, quando comparado com o grupo que referiu ambos os tipos de exigências na actividade laboral.

Alguns factores são relatados como intensificadores da carga de trabalho, ocasionando riscos para a saúde física e mental dos trabalhadores, como: a grande variedade de procedimentos realizados; o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido; a dificuldade no fluxo de informações; o ritmo de trabalho; o ambiente físico; o stress; o contacto com o doente e as vivências de dor e morte.

As dificuldade e exigências mentais do trabalho aparecem ligadas ao estado dos doentes, à necessidade de gerir conflitos como prioridades de intervenção e à complexa relação interpessoal a ser gerida pelos enfermeiros, visando atender às exigências dos doentes. Do ponto de vista cognitivo, o trabalho de enfermagem é fortemente influenciado pelos processos de decisão, que dependem especialmente da comunicação, pelas

dinâmicas e variabilidade das situações de trabalho assim como, pela responsabilidade de acordo com o grau de autonomia e do conhecimento técnico e científico (Pinho, Abrahão & Ferreira, 2003). A percepção psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho. Os factores que influenciam a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo advêm da psicologia do indivíduo, da estrutura e da função da organização do trabalho. Constituindo por um lado, como interacções do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, e por outro lado nas capacidades, nas necessidades, nos costumes, na cultura e nas condições de vida dos trabalhadores, fora do trabalho. Sendo que todos estes factores são susceptíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho. Contemplando, assim, as variáveis do macro contexto, a sua interacção com os elementos do ambiente organizacional e o indivíduo com a sua capacidade de determinação (OMS, 1981; OIT, 1986; Villalobos, 2004; EU – OSHA, 2009).

As exigências de ritmo de trabalho elevadas, as dificuldades de relacionamento interpessoal com colegas e público, e a dignificação social e profissional da actividade de trabalho exercida, podem contribuir para perturbações no equilíbrio neuropsicológico e emocional (Silva, Costa & Saraiva, 2011).

### **Satisfação com o suporte social**

Pelo presente estudo, podemos dizer que no geral, os enfermeiros manifestam uma boa satisfação com o suporte social, contudo os valores médios não são muito elevados. Como já referimos anteriormente, os achados deste estudo relativamente à satisfação com o suporte social, estão em consonância com os valores de referência para a população portuguesa.

O aumento da satisfação com o suporte social percebido induz uma diminuição da percepção de riscos psicossociais relativos à *Satisfação no Trabalho* e aumenta a percepção de riscos psicossociais relativos à *Saúde Física e Psicológica*.

Os dados expostos estão de acordo com a opinião dos autores consultados, vincando a importância do apoio social e do desenvolvimento de programas de reforço do mesmo de modo a minimizar a percepção dos riscos psicossociais no trabalho. Neste sentido e numa óptica de organização, no plano da gestão preventiva de riscos psicossociais em contexto hospitalar, deve atender-se á caracterização e prevenção, segundo as teorias organizacionais, dando ênfase a variáveis como a estrutura e clima organizacional, disfunções de papel ou o apoio social percebido. Para a minimização dos riscos psicossociais e, segundo as teorias do intercâmbio social, é enfatizada a falta de competências sociais, como a carga emocional elevada, a falta de reciprocidade das

relações, as situações de contágio emocional e a caracterização e modos de organizar o trabalho emocional (Coelho, 2009). Por outro lado, alguns factores como as exigências de ritmo de trabalho elevadas, as dificuldades de relacionamento interpessoal com colegas e com o público, e a dignificação social e profissional da actividade de trabalho exercida, podem contribuir para perturbações no equilíbrio neuropsicológico e emocional (Silva, Costa & Saraiva, 2011). Sendo que a percepção psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho. Enfatizando a necessidade de um ambiente laboral agradável, em termos de relações interpessoais e suporte social e para a manutenção da saúde individual.

Em alguns casos, podemos assistir ao isolamento social no trabalho, em que as reacções emocionais reflectem problemas de relação social, mas também opções de organização do trabalho e dinâmicas de liderança, contribuindo no seu conjunto para o isolamento social, por necessidade de evitar o contacto social como forma de auto protecção e de proteger a e a própria saúde (Silva, Costa & Saraiva, 2011).

### **Auto conceito**

Os valores médios relativos ao auto conceito apresentam-se muito próximos sendo 72,76 para a amostra total, 72,22 para os enfermeiros e 73,03 para as enfermeiras. Se considerarmos os valores de referência para a população portuguesa: 72,14 para a amostra total, 72,20 para os homens e 72,06 para as mulheres, constatamos que na nossa amostra, os valores são muito próximos da referência nacional (Vaz Serra, 2005).

Os factores aceitação/rejeição condiciona uma diminuição da percepção de riscos psicossociais relativamente aos *Valores* e aumento da percepção de risco para a *Saúde física e Psicológica*. O aumento do factor maturidade psicológica condiciona também, a diminuição da percepção de riscos psicossociais relativamente ao conjunto de dimensões *Valores*. No que respeita ao factor do auto conceito impulsividade/actividade, o seu aumento induz uma diminuição da percepção de risco relativamente à *Satisfação no trabalho e Valores* e pelo contrario provoca um aumento da percepção de risco relativamente à *Saúde Física e Psicológica*.

O aumento do auto conceito geral condiciona uma diminuição da percepção de riscos psicossociais relativo aos *Valores* e um aumento da percepção dos riscos relativo à *Saúde Física e Psicológica*.

O auto conceito é uma concepção complexa, que se modifica e reestrutura com próprio desenvolvimento do indivíduo, por isso há uma tendência para incoerências e variações de uma situação vivenciada pelo indivíduo relativamente a outras experiências. São escassos os estudos que abordem o auto conceito do ponto de vista das relações de

trabalho, mas será a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, em relação às tarefas que executa (Costa, 2002; Paulos 2009).

A interferência do auto conceito nos níveis de percepção de risco psicossocial no trabalho, não é uniforme. Varia em função dos factores em estudo e interfere de forma antagónica com diferentes dimensões de risco psicossocial. A nossa convicção iria no sentido de que quanto maior fosse o auto conceito, menor seriam os níveis de exposição aos factores de risco, contudo isto não se verifica, existindo mesmo dimensões como a *Saúde Física e Psicológica*, que sofrem um efeito contrário. A explicação parece-nos residir, no facto dos indivíduos com um maior nível de auto conceito, darem maior importância à sua saúde, preocupando-se mais com os factores de ameaça e vislumbrando mais riscos nas suas relações laborais.

Por fim, referir que os enfermeiros revelam na sua maioria um grande nível de exposição a alguns riscos, constituindo o posicionamento mais desfavorável para a saúde. São exemplos: *previsibilidade* (fruto provavelmente da rotina da execução das tarefas); *apoio social de colegas* (relacionada provavelmente com a competitividade interna das equipas); *satisfação em relação à sua chefia directa* (estamos em crer que resulte das alterações recentes á carreira de enfermagem) ; *confiança vertical* (relacionada com a anterior e com as alterações das relações de trabalho que ocorreram recentemente); *satisfação em relação ao seu trabalho em geral* (um nível preocupante tendo em conta a idade media dos enfermeiros); *insegurança laboral* (relacionado com alterações das relações laborais e com a natureza dos vínculos jurídicos alterada recentemente); *problemas em dormir* (revelam alterações relacionadas com o trabalho por turnos e outros problemas laborais); *stress* e *sintomas depressivos* (decorrentes provavelmente da natureza do trabalho e de outros factores organizacionais).

Queremos ainda destacar os itens *percepção da saúde* e *bulling* por apresentarem valores muito baixos (5,2%) e (1,3%) respectivamente, para exposição mais desfavorável para a saúde.

No que diz respeito aos itens mais favoráveis para a saúde realçamos os seguintes: *auto-eficácia* (relacionado com o auto conceito e com a efectividade de dever cumprido na execução das tarefas), *percepção da saúde* (os enfermeiro consideram-se protegidos relativamente à sua saúde, decorrente da função que exercem e do conhecimento que detêm) e o *bulling* (este é o aspecto mais relevante, quase não existe percepção de bulling, revelando a capacidade de integração e aceitação na classe).

Estes resultados mostram que muito tem que ser feito nos locais de trabalho dos enfermeiros. Desde o diagnostico preciso, a intervenções consertadas. Com projectos de formação na área dos riscos psicossociais, com processos de alteração nas estruturas de

gestão e nos sistemas de informação, de forma a minimizar todos os factores que podem ser diminuídos.

## 5 – CONCLUSÕES

---

Chegados ao fim desta “viagem”, procuramos agora reflectir sobre as limitações do nosso estudo, seguido de uma breve abordagem ao percurso efectuado e a forma como organizamos o nosso trabalho, onde focamos as principais conclusões deste estudo. No final deste capítulo realizamos uma reflexão sobre as implicações práticas, onde sugerimos algumas medidas que, segundo os nossos achados, pensamos ser oportunas e benéficas visando um apoio mais adequado aos enfermeiros e outros profissionais.

As dimensões psicossociais podem ser assumidas como factores de vulnerabilidade ou de protecção no local de trabalho. No contexto de trabalho essas variáveis influenciam a saúde, o bem-estar e a capacidade para o trabalho dos sujeitos. Nos países da União Europeia, a exposição a stressores psicossociais relacionados com o local de trabalho é relatada por uma grande percentagem, dos empregadores com consequências significativas para os trabalhadores, para o local de trabalho e para a sociedade.

### **Limitações do Estudo**

Como em todos os estudos científicos, existem alguns factores que condicionam ou limitam o processo de investigação, pelo que importa reflectir sobre esses aspectos e se de alguma forma podem ter interferido nos resultados.

Apesar do esforço desenvolvido na análise das principais variáveis que, melhor ajudam a compreender os fenómenos de exposição aos factores de risco psicossociais, na elaboração do instrumento de colheita de dados, certamente muitos outros aspectos desempenham um papel determinante na percepção dos enfermeiros e deveriam, por isso ter sido incluídas. Variáveis relacionadas com a gestão e com o tipo de chefia, assim como com os traços de personalidade dos enfermeiros e da sua satisfação no serviço, bem como, uma análise mais pormenorizada de todo o contexto dos locais de trabalho, parecem ser importantes para a compreensão mais aprofundada desta problemática.

Consideramos, no entanto, que o questionário era já demasiado grande, pelo que não nos era possível incorporar mais variáveis no nosso estudo. É nossa convicção, pelo que ouvimos dos colegas, que os enfermeiros, apesar da sua boa vontade, estão saturados de preencher questionários, relativos às mais variadas áreas de investigação, iniciando muitos o preenchimento, mas não terminando grande parte deles.

Houve o esforço para reunir o maior número de elementos possível na amostra, e que estes fossem representativos de toda a população, pelo que em nosso entender, utilizamos um meio de colheita de dados inovador (a Internet). Construámos um ICD e que pudesse ser auto preenchido e enviámo-lo a todos os contactos disponíveis, de modo a criar

uma rede crescente. Fizemo-lo, várias vezes, insistindo para que os enfermeiros nos respondessem.

A utilização de um ICD deste tipo é uma forma eficiente de recolher informação, de um grande número de respondentes, permitindo a recolha de grande variedade de informação e sendo fácil de ministrar. Todavia, dependem da motivação dos sujeitos, da sua honestidade, memória e capacidade de resposta. Julgamos que as limitações são idênticas àquelas que a grande maioria dos investigadores encontra, pelo que não retiramos qualquer valor ao trabalho desenvolvido, aliás, a consciência dessas limitações fez com que procurássemos reduzir ao máximo a possibilidade de enviesamento dos resultados.

A maior limitação foi no entanto, o facto da escala COPSOC ainda se encontrar em processo de adequação e validação para a população portuguesa. Os responsáveis pelo projecto, comunicaram-nos que devido às características da mesma, seria em Portugal, constituída por 29 dimensões. O que acarretou alguns problemas no tratamento dos dados mas que fomos resolvendo, ao longo do trabalho.

### **Organização e Principais Conclusões**

Na parte introdutória abordamos os riscos psicossociais como riscos emergentes resultantes de alterações das condições de trabalho, e das relações laborais que ocorrem a nível mundial. O nosso país não é excepção e o sector da saúde, assiste mesmo, a profundas transformações, para adequar-se às novas realidades e adaptar-se a novas formas de gestão. O envelhecimento da população continuará a intensificar-se nas próximas décadas, acompanhado pelo envelhecimento individual que se traduz também, no envelhecimento da mão-de-obra, pelo aumento da idade da reforma. Neste contexto fizemos referência aos riscos psicossociais relacionados com o trabalho e revimos, os riscos e problemas de saúde mais referidos pelos autores consultados. Contextualizamos a temática do stress, do burnout e do assédio moral no trabalho, expondo as opiniões de vários autores e os resultados de alguns estudos.

No segundo capítulo, debruçámo-nos sobre a metodologia adoptada para dar resposta aos nossos objectivos, fizemos a caracterização do tipo de estudo, dos participantes e instrumento de colheita de dados, fazendo referência ao procedimento da sua aplicação.

No terceiro capítulo apresentámos os resultados obtidos nesta investigação relativos à caracterização dos enfermeiros relação às variáveis sócio demográficas, sócio profissionais, e psicológicas. Depois, realizamos o tratamento estatístico referente às variáveis em estudo e à sua correlação e/ou influência sobre a nossa variável dependente *riscos psicossociais no trabalho* dos enfermeiros (COPSOC).

No quarto capítulo realizámos a discussão dos resultados, que visam dar resposta aos objectivos traçados no início do nosso estudo.

Assim, tomando em consideração os objectivos gerais da presente investigação, expressos final da introdução, chegámos às seguintes conclusões:

- Os enfermeiros (homens) percebem em média mais *Exigências Físicas e Psicológicas*, enquanto que as enfermeiras aprearam maior nível de risco relativo à *Satisfação no Trabalho*;
- A idade acima dos 50 anos contribui para percepção de maior nível médio de risco relativamente às *Exigências Físicas e Psicológicas* e *Saúde Física Psicológica*;
- Os cursos de Mestrado ou Doutoramento contribuem para valores médios mais elevados, de percepção de riscos psicossociais relativos ao *Apoio Social e Familiar* e *Saúde Física e Psicológica*;
- O vínculo definitivo condiciona maior nível de risco relativo à *Satisfação no Trabalho* e ao *Apoio Social e Familiar*;
- O aumento do tempo de serviço provoca uma diminuição da percepção de riscos psicossociais da ordem dos *Valores* e um aumento da percepção de riscos na área da *Saúde Física e Psicológica*;
- Os enfermeiros que trabalham nos hospitais percebem maior nível de risco referente à *Satisfação no Trabalho*, aos *Valores* e *Apoio Social e Familiar*;
- O aumento da satisfação com o suporte social induz uma diminuição da percepção de riscos psicossociais, relativos à *Satisfação no Trabalho* e aumenta a percepção de riscos psicossociais relativos à *Saúde Física e Psicológica*;
- O aumento do auto conceito geral condiciona uma diminuição da percepção de riscos psicossociais relativos aos *Valores* e um aumento da percepção dos riscos relativo à *Saúde Física e Psicológica*.

### **Implicações Práticas**

A saúde física e mental dos enfermeiros é essencial para a qualidade do exercício profissional. É necessário o conhecimento de todos os factores, que possam contribuir para minimizar a exposição aos riscos psicossociais para a saúde dos enfermeiros. É essencial a sensibilização dos profissionais, principalmente das chefias para esta problemática, divulgando o perfil dos enfermeiros mais susceptíveis de desencadear problemas de saúde, decorrentes da exposição aos riscos psicossociais no local de trabalho.

A intervenção passará pelas questões individuais, mas também pelas alterações organizacionais. Não podemos esquecer que minimizar os riscos psicossociais é também aumentar a satisfação profissional, diminuir a probabilidade de ocorrência de acidentes de trabalho e erros na tomada de decisão, aumentar o rendimento e a produtividade, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida dos trabalhadores, diminuir o

absentismo e reduzir os custos com saúde.

Neste contexto é essencial implementar programas de avaliação de risco nos serviços e instituições de saúde, focalizados na redução da presença de Factores de Risco Psicossociais relacionados com o trabalho ou ajudando os enfermeiros e outros profissionais a minimizar os efeitos negativos da exposição a esses factores. Deixamos ainda, algumas sugestões acerca da forma como poderemos minimizar os factores de risco, nos locais de trabalho:

- Identificar as origens dos possíveis riscos;
- Proporcionar um meio ambiente fisicamente seguro, com boa qualidade do ar, reduzindo os riscos físicos e químicos, melhorando a iluminação e eliminando posturas de trabalho incómodas;
- Assegurar que a quantidade de trabalho é adequada;
- Definir claramente as responsabilidades e funções dos vários profissionais e proporcionar oportunidades para participar na tomada de decisões;
- Flexibilizar horários de trabalho;
- Comunicar claramente mudanças tecnológicas e operacionais e implementar mudanças de uma forma gradual;
- Desenvolver sistemas de recompensas e reconhecimento justos;
- Reduzir a incerteza relacionada ao desenvolvimento de carreiras.

Outros estudos se perspectivam relativamente a esta temática, com outros factores, outras variáveis e com outros intervenientes. Está neste momento a decorrer a nível europeu, uma campanha de avaliação de riscos psicossociais relacionados com o trabalho. Em Portugal, a entidade responsável e promotora do estudo, é a Autoridade para as Condições de Trabalho, que disponibiliza no seu sítio da internet, a informação necessária sobre a campanha. Está também em processo de validação para a população portuguesa, a escala COPSOQ, e esperamos que brevemente tenhamos mais informação sobre o mesmo. Acreditamos também, que certamente acontecerá mais investigação com enfermeiros e com variáveis diferentes, possibilitando intervenção e prevenção dirigida especificamente à nossa classe.

Os resultados mostram que embora já haja muito trabalho feito em matéria de informação e prevenção de riscos profissionais, existe ainda um longo caminho a percorrer para que os frutos sejam totalmente satisfatórios. Especialmente no que se refere à nossa classe profissional e apesar de existirem muitos estudos publicados, são escassos, aqueles que abordam mais do que um factor de risco psicossocial em conjunto. Justifica-se dar continuidade á análise de situações específicas e efectuar intervenções que,

simultaneamente, permitam melhorar as situações de trabalho. Com incremento especial desta temática nos Planos de Formação, permitindo a consciencialização dos riscos e das suas relações com a saúde, de modo a contribuir para uma melhor qualidade de vida no trabalho.

Terminamos este estudo com a convicção de que atingimos os objectivos propostos, contribuindo para o conhecimento teórico dos riscos psicossociais que afectam os enfermeiros. E com a percepção de que pelo menos conseguimos simplesmente, despertar de consciências contribuindo para minimizar, aqueles que são problemas emergentes agora, mas provavelmente uma epidemia, brevemente.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009). *Perspectivas 1 – Novos riscos emergentes para a segurança e saúde no trabalho*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Acedido em 02, Março, 2012, em [http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc\\_osh\\_outlook](http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc_osh_outlook)

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). *Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho (SST)*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Acedido em 02, Março, 2012, em <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/74>

Alves, Alda & Fonte, Anibal (2008). Trabalho profissional, maiores de 55 anos. Riscos emergentes.0 Acedido em 02, Março, 2012, em [http://www.revistaseguranca.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=355](http://www.revistaseguranca.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=355)

Astorga, C.M. (2005). *Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamento*. Salamanca: Amarú Ediciones

Battistelli, Bruna Moraes, Amazarray, Mayte Raya & Koller, Silvia Helena (2011). O assédio moral no trabalho na visão de operadores do direito. *Psicol. Soc.* 23 (1), 35-45. ISSN 0102-7182. Acedido em 02, Março, 2012, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000100005>.

Carlotto, Mary Sandra (2011). Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psic.: Teor. e Pesq.* 27 (4), 403-410. ISSN 0102-3772. Acedido em 01, Março, 2012, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000400003>.

Coelho, João Manuel Aguiar (2009). *Gestão Preventiva de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais no Quadro da União Europeia*. Acedido em 13, Fevereiro, 2012, em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1388>

Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and Analysis for Field Settings*. Acedido em 01, Fevereiro, 2012, em <http://www.socialresearchmethods.net/kb/advquasi.php>

COSTA, Patrícia Cristiane Gama da (2002). Escala de autoconceito no trabalho: construção e validação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.18 (1). Acedido a 25, Março, 2012 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722002000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100009&lng=en&nrm=iso)>

Decreto-Lei 248/2009 de 22 de Setembro. *Diário da República*, n.º 184/09 - Série I. Assembleia da República. Lisboa

Decreto-Lei 247/2009 de 22 de Setembro. *Diário da República*, n.º 184/09 - Série I. Assembleia da República. Lisboa

Deloitte, consultores SA. (2011). *Saúde em análise: Uma visão para o futuro*. Acedido em 02, Março, 2012, em [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)\\_lshc\\_saudeemanalise\\_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

European Agency for Safety and Health at Work (2000). *Future occupational safety and health research needs and priorities in the member states of the European Union*.

European Commission (2000). *Guidance on work-related stress: spice of life or kiss of death?* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Escola Superior de Saúde de Viseu (2008). Guia de elaboração de trabalhos escritos. Acedido em 29, Fevereiro, 2012, em <http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/UInvestigacao/GuiaElabTrabESSV26junho2008.pdf>

Espírito Santo, Helena (2009). *Regras de escrita de trabalhos escolares, trabalhos de investigação científicos e dissertações de mestrado - segundo as normas da APA*. Manuscrito não publicado, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta

Gil, António Carlos (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo:Atlas.

Gil Monte, Pedro R. et al. (2006). Desamparados Roldán Maria, Caro Marcos. Estudio piloto sobre la prevalencia del acoso psicológico (mobbing) en trabajadores de centros de atención a personas con discapacidad. *Aletheia*, 23, 07-16. Acedido em 28, Março, 2012, em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000200002&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200002&lng=pt)

Gomes, A. Rui, Cruz, José Fernando & Cabanelas, Susana. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psic.: Teor. e Pesq.* 25 (3), 307-318. ISSN 0102-3772. Acedido em 02, Março, 2012, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>

Guimarães, Liliana A. M. et al (2006). Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 31 (113), 07-18. Acedido em 02, Março, 2012, em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/RBSO\\_113.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/RBSO_113.pdf)

Guimarães, Liliana A. M. (2006). [Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho](#). Acedido em 02, Março, 2012, em [http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude\\_mental/anais/artigos/Liliana\\_A.M.Guimaraes.pdf](http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude_mental/anais/artigos/Liliana_A.M.Guimaraes.pdf)

Guimarães, Liliana Magalhães, & Rimoli, Andolpho (2006). "Mobbing" (Assédio Psicológico) no Trabalho: UMA Síndrome psicossocial multidimensional. *Psic. Teor.e Pesq.* 22 (2), 183-191. ISSN 0102-3772. Acedido em 04, Março, 2012, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000200008>

Hirigoyen, Marie-France (2002). *O assédio no trabalho. Como distinguir a verdade*. Cascais: Pergaminho

INE (2011). Censos - Resultados provisórios – 2011. Acedido em 28, Março, 2012, em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contex=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contex=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)

ISTAS – Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2005). *Organización del Trabajo, Salud y Riesgos Psicosociales. Guía del delegado y delegada de prevención*.

Madrid: Paralelo Edición.

Kiess, H. O., & Bloomquist, D. W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon.

Kristensen, T. S., Borg, V. (2003). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ): English version*. Acedido em 28, Março, 2012, em <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Spoergeskemaer/copsoq/english-copsoq-2-ed-2003-pdf.pdf>

Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (1996). *Metodologia científica (3 ed.)*. São Paulo: Atlas

Leite, E. & UVA, A. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Revista Saúde & Trabalho – Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, 6, 25-42. Acedido 11, Fevereiro, 2012, em [http://publicationslist.org/php/authors.php?a=E\\_Sacadura-Leite](http://publicationslist.org/php/authors.php?a=E_Sacadura-Leite)

Lima, Fabiana Batistucci de. (2004). *Stress, qualidade de vida, prazer e sofrimento no trabalho de call center*. Acedido em 02, Março, 2012, em [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_arquivos/6/TDE-2007-05-17T051105Z-1322/Publico/dissertacaocompleta.pdf](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2007-05-17T051105Z-1322/Publico/dissertacaocompleta.pdf)

Marziale, Maria Helena Palucci. (2010). Contribuições do enfermeiro do trabalho na promoção da saúde do trabalhador. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (2), 7-8. Acedido em 28, Março, 2012, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200001>.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Moncada, Luis Salvador et al. (2008). Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario COPSOQ ISTAS21. *Rev. Esp. Salud Pública*. 82 (6), 667-675. ISSN 1135-5727. Acedido em 04, Março, 2012, em [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000600007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000600007&lng=es&nrm=iso)

MOREIRA, S.N.T et al. (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Rev Bras Ginecol Obstet.*; 28 (6), 358-64. Acedido em 8, Março, 2012, em <http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/67/134>

OE (2012). Dados estatísticos 2000-2011. Acedido em 8, Março, 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE%20Dados%20Estat%C3%ADsticos%20-%202000-2010.pdf>

OIT - Organização Internacional do Trabalho (2002). Certificação de Competências Profissionais: Glossário de Termos Técnicos (1ª ed.). Brasília : OIT. Acedido em 20, Janeiro, 2012, em [http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/certification/pub/certificacao\\_glossario\\_203.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/certification/pub/certificacao_glossario_203.pdf)

OMS/OIT – Organização Mundial da Saúde/ Organização Internacional do Trabalho (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 20, Janeiro, 2012, em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

OMS – Organização Mundial da Saúde (1981). *Santé et bien-être sur les lieux de travail. Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS*. Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé. Acedido em 20, Janeiro, 2012, em <http://catalogo.bnportugal.pt/>

OMS - Organização Mundial da Saúde (2001a). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. A Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Acedido em 20, Janeiro, 2012, em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

OMS - Organização Mundial da Saúde (2005a). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 20, Janeiro, 2012, em [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)

ONU (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. World Health Organization. Acedido em 24, Fevereiro, 2012, em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500272\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500272_eng.pdf)

Paulos, Catarina (2009). *Riscos Psicossociais no Trabalho*. Lisboa: Verlag Dashofer

Pedhazur, Elazar J.& Schmelkin, Liora Pedhazur (1991). *Measurement, Design, and Analysis: An Integrated Approach*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates. Acedido em 1, Fevereiro, 2012, em <http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=58889941>

Pereira, Alexandre & Poupa, Carlos (2004). Como escrever uma Tese, monografia ou livro científico usando o Word (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinho, Diana Lúcia Moura, Abrahão, Julia Issy, & Ferreira, Mário César. (2003). As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (2), 168-176. Acedido a 13, Janeiro, 2012, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000200005&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200005&lng=en&tlng=pt)

Priberam (2012). *Dicionário Priberam da língua portuguesa*. Acedido em 25, Fevereiro, 2012 em <http://www.priberam.pt/dlpo/>

Queirós, Paulo (2005). *Burnout: no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Sinais Vitais.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio – Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: Rh Editora.

Reis, Ana L. Pellegrini Pessoa Dos, Fernandes, S. Regina Pereira & Gomes, Almira Ferraz. (2010). Estresse e Fatores Psicossociais. *Psicol. Cienc. Prof.* 30 (4). Acedido em 31, Março, 2012, em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400004&lng=en&nrm=iso)

Ribeiro, J. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes universitários da região do Porto*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Porto.

Ribeiro, JLP (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.

Salvador, Jane. (2005). *Assedio moral no trabalho: Tutela Jurídica do Trabalhador*. Acedido em 02, Março, 2012, em [http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde\\_arquivos/1/TDE-2005-10-11T081206Z-209/Publico/JANE.pdf](http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2005-10-11T081206Z-209/Publico/JANE.pdf)

Schaufeli, [Wilmar B.](#) & Buunk, [Bram P.](#) (1996). *Inequity Among Human Service Professionals: Measurement and Relation to Burnout*. *Basic and Applied Social Psychology*, [18](#) (4). Acedido a 01, Fevereiro, 2012, em [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15324834basp1804\\_5](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15324834basp1804_5)

Shain, M. et al (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; Reviewing the evidence. *Occup environ med*, 61 (7), 643–648. 10.1136/oem.2004.013193. Acedido em 1, Fevereiro, 2012, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1740810/pdf/v061p00643.pdf>

Silva, Catarina, Costa, Cláudia & Saraiva, David (2011). Saúde no trabalho: a emergência dos factores de risco psicossociais num serviço municipal de água e saneamento. *Ricot Journal*, 2, pp. 43-69. Acedido a 2, Fevereiro, 2012, em [http://ricot.com.pt/artigos/1/Catarina\\_Silva\\_et\\_al\\_43-69.pdf](http://ricot.com.pt/artigos/1/Catarina_Silva_et_al_43-69.pdf)

Simões, Joaquim & Amancio, Lígia. (2004). Género e Enfermagem: Um Estudo Sobre A minoria masculina. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 44, 71-81. Acedido em 29, Março, 2012, em <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-65292004000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292004000100005&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0873-6529

Stranks, Jeremy (2005). *Stress at Work: Management and Prevention*. Acedido em 15, Março, 2012, em [http://books.google.pt/books/about/Stress\\_at\\_work.html?id=Kg5JJJ8flaEC&redir\\_esc=y](http://books.google.pt/books/about/Stress_at_work.html?id=Kg5JJJ8flaEC&redir_esc=y)

Tabanelli, Maria Carla et al (2008). Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82 (1), 1-. Acedido a 01, Fevereiro, 2012, em <http://www.springerlink.com/content/?k=tabanelli>

Troncoso, Margarita & Suazo, Sandra (2005). Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género. *Index Enferm*, 14 (51), 40-44. Acedido a 01, Fevereiro, 2012, em [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000300008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300008&lng=es&nrm=iso)

Trigo, Telma Ramos et al. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatrica clinica*, 34 (5). Acedido a 13, Janeiro, 2012, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>

Ungaro, Sara Filipa Vieira (2009). Acedido em 31, Março, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14586/2/6333.pdf>

Vaz Serra, Adriano (2005). *O Stress na Vida de Todos os Dias* (3ªed). Editor: Edição do autor

Vercesi, Cristiane (2009). Assédio Moral No Trabalho: Implicações Individuais, organizacionais e sociais. *Rev. Psicol., Organ. Trab.* 9 (1), 68-85. ISSN 1984-6657.

Villalobos, J. O. (2004). Estrés y trabajo. *Revista de Medicina y Salud* Acedido em 28, Fevereiro, 2012, em [www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm](http://www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm)

## APÊNDICES



## **APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados**



**Instituto Politécnico de Viseu**  
**Escola Superior de Saúde de Viseu**  
**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

## **RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS**

Sou Enfermeiro estou a frequentar o Mestrado na área da Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Viseu, encontro-me neste momento na fase de elaboração de um trabalho de investigação e pedia a vossa colaboração para o preenchimento do questionário que se segue. Tem como principal objectivo conhecer alguns factores de risco laborais dos enfermeiros

Todas as informações fornecidas ao responder ao questionário serão absolutamente confidenciais. Nenhum respondente ao questionário será identificado mesmo quando forem divulgados resultados de estudos efectuados. Apenas estou interessado na informação e nos resultados de grandes grupos de trabalhadores, não nos resultados individuais.

Estou desde já agradecido pela disponibilidade e colaboração

**Instruções de preenchimento:**

Por favor, preencha o questionário com atenção e responda a todas as questões (se deixar alguma por responder o questionário será invalidado). Para responder escolha a alternativa que melhor reflecte a sua opinião, ou escreva a resposta no espaço fornecido.

*Vítor Manuel Fernandes Duarte*

**Questões prévias:**

**(1) trabalha numa instituição de saúde do distrito de Viseu?**

Sim

  

Não

**(2) Trabalha nessa instituição há 12 ou mais meses?**

Sim

  

Não

**Se respondeu negativamente a alguma das questões anteriores, por favor não continue!**

**Agradeço! Mas não satisfaz os critérios de participação no estudo!**

**DADOS INDIVIDUAIS**

**Dá o seu consentimento para a colaboração nesta investigação?**

Sim

  

Não

**1. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**2. Sexo**

Masculino

  

Feminino

**3. Estado civil**

Solteiro (a)

Casado (a)

União de facto

Viúvo

Divorciado (a)

Separado (a)

**5. Habilitações académicas**

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

**7. Tipo de Vínculo**

Definitivo

Contrato a termo certo

Contrato sem termo

Outro \_\_\_\_\_


**8. Anos de serviço \_\_\_\_\_**

**9. Funções de chefia**

Sim

Não


**10. Local onde exerce funções**

Centro de saúde

Hospital

Unidade de cuidados continuados

Lar de idosos

Outro \_\_\_\_\_


**11 As principais exigências da sua actividade de trabalho são :**

Mentais

Físicas

Ambas, mentais e físicas


## ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Nesta secção vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor descreve a tua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa, quase sempre, que por vezes ste sentes só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso então deverá marcar a letra **E**. Entre estes dois extremos tem ainda 3 possibilidades (3 letras) de escolha, consoante estiver mais em desacordo ou de acordo com a afirmação. Assinale apenas uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça que que expresse exactamente a sua opinião.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

## INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

### INSTRUÇÕES

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão diversos atributos, capazes de descreverem como a pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderada- mente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
01. Sei que sou uma pessoa simpática.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Considero-me competente naquilo que faço.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COPSOQ II – Versão Média

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.**

	<b>1 Sempre</b>	<b>2 Frequentemente</b>	<b>3 – Às vezes</b>	<b>4 Raramente</b>	<b>5 – Nunca/ quase nunca</b>
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?					
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
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?					
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
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?					
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?					

	1 Sempre	2 Frequentemente	3 – Às vezes	4 Raramente	5 – Nunca/ quase nunca
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?					
18. O seu trabalho apresenta objectivos claros?					
19. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exactamente o que é esperado de si?					
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?					
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?					
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?					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					

	<b>1 Sempre</b>	<b>2 Frequentemente</b>	<b>3 – Às vezes</b>	<b>4 Raramente</b>	<b>5 – Nunca/ quase nunca</b>
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?					

**Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que:**

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

	<b>1 – Sempre</b>	<b>2 – Frequentemente</b>	<b>3 – Às vezes</b>	<b>4- Raramente</b>	<b>5 – Nunca/ quase nunca</b>
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?					

**As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho**

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

	<b>1 – Sempre</b>	<b>2 – Frequentemente</b>	<b>3 – Às vezes</b>	<b>4- Raramente</b>	<b>5 – Nunca/ quase nunca</b>
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?					
45. A gerência oculta informação aos seus funcionários?					
46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?					
48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente?					
50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos					

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

	<b>1 – Extremamente</b>	<b>2 – Muito</b>	<b>3 – Moderadamente</b>	<b>4- Um pouco</b>	<b>5 – Nada/ quase nada</b>
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?					
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?					

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

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

	<b>1 – Extremamente</b>	<b>2 – Muito</b>	<b>3 – Moderadamente</b>	<b>4- Um pouco</b>	<b>5 – Nada/ quase nada</b>
56. As suas perspectivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					
60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					
61. Em geral, sente que a sua saúde é:					

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

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

	<b>1 – Extremamente</b>	<b>2 – Muito</b>	<b>3 – Moderadamente</b>	<b>4- Um pouco</b>	<b>5 – Nada/ quase nada</b>
62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais					

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

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

	<b>1 – Sempre</b>	<b>2 – Frequentemente</b>	<b>3 – Às vezes</b>	<b>4- Raramente</b>	<b>5 – Nunca/ quase nunca</b>
65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					
69. Irritado?					
70. Ansioso?					
71. Triste?					
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

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

	<b>1 – Sempre</b>	<b>2 – Frequentemente</b>	<b>3 – Às vezes</b>	<b>4- Raramente</b>	<b>5 – Nunca/ quase nunca</b>
73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
75. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
76. Tem sido exposto a violência física?					

**Obrigado!**

**APÊNDICE II – Estatísticas relativas aos riscos psicossociais para o total e para  
cada um dos grupos em função do género**

**Estatísticas relativas aos riscos psicossociais para o total e para cada um dos grupos em função do género**

Dimensões	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV
Exigências quantitativas	20	100	69,65	14,682	-2,665	1,120	6,81
Ritmo de trabalho	20	100	57,53	15,052	0,108	0,509	6,64
Exigências cognitivas	20	80	42,12	11,727	2,279	1,309	8,53
Exigências emocionais	20	100	41,43	16,820	3,061	0,739	5,95
Influência no trabalho	20	95	63,15	15,519	-1,390	-1,357	6,44
Possibilidades de desenvolvimento	20	87	40,09	12,822	3,190	2,484	7,80
Previsibilidade	20	100	55,71	16,324	0,205	0,114	6,13
Transparência do papel laboral desempenhado	20	80	38,79	12,277	1,648	-0,109	8,15
Recompensas	20	87	50,00	14,922	0,598	-0,845	6,70
Conflitos laborais	33	100	59,48	10,576	1,680	2,404	9,46
Apoio social de colegas	20	87	49,39	11,970	0,486	1,100	8,35
Apoio social de superiores	20	100	64,03	18,236	0,200	-1,631	5,48
Comunidade social no trabalho	20	80	42,81	12,953	1,275	0,445	7,72
Satisfação em relação à sua chefia directa	20	100	58,80	18,418	0,385	-1,029	5,43
<b>Valores no local de trabalho:</b>							
Confiança horizontal	40	100	67,75	0,423	0,423	-0,210	8,36
Confiança vertical	20	73	49,09	-1,139	-1,139	-0,808	8,91
Justiça e respeito	27	87	57,62	-0,480	-0,480	-0,615	7,37
Auto-eficácia	20	100	47,21	3,503	3,503	4,230	7,28
Significado do trabalho	20	80	38,79	2,734	2,734	1,737	7,88
Compromisso face ao local de trabalho	20	90	50,32	0,806	0,806	-0,720	6,82
<b>Satisfação no trabalho</b>							
Satisfação em relação ao seu trabalho em geral	20	100	54,81	14,187	2,633	2,884	7,05
Insegurança laboral	20	100	64,29	27,626	-1,005	-3,101	3,62
Percepção da saúde	20	100	67,79	17,461	-3,737	1,539	5,73
Conflito trabalho/família	30	100	70,13	19,603	-0,391	-2,440	5,10
Problemas em dormir	20	100	61,75	17,155	0,318	0,590	5,83
Extenuação	20	100	67,14	16,478	-0,517	-0,183	6,07
Stress	20	100	70,58	18,266	-1,515	-0,651	5,47
Sintomas depressivos	50	100	94,71	8,049	-12,468	21,213	12,42
Bullying	20	100	64,42	18,057	-0,421	-0,775	5,54

**Tot  
al**

## Sexo Masculino

Dimensões	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV
Exigências quantitativas	40	93	69,70	13,135	-0,766	-0,552	18,85
Ritmo de trabalho	20	80	58,18	14,023	-0,644	-0,099	24,10
Exigências cognitivas	20	80	44,61	11,680	2,136	2,193	26,18
Exigências emocionais	20	100	46,91	17,307	2,657	1,365	36,89
Influência no trabalho	20	85	59,00	14,920	-0,845	-0,686	25,29
Possibilidades de desenvolvimento	20	73	41,70	11,419	1,142	1,283	27,39
Previsibilidade	20	90	53,64	14,190	0,517	1,217	26,46
Transparência do papel laboral desempenhado	20	60	38,06	11,736	0,519	-1,099	30,83
Recompensas	20	87	48,24	15,659	0,576	-0,079	32,46
Conflitos laborais	40	87	60,00	10,344	0,863	0,119	17,24
Apoio social de colegas	20	73	49,09	12,330	-1,229	-0,036	25,12
Apoio social de superiores	20	100	62,30	17,695	0,864	-0,285	28,40
Comunidade social no trabalho	20	73	42,67	13,675	0,774	-0,638	32,05
Satisfação em relação à sua chefia directa	20	100	58,36	18,536	0,448	-0,458	31,76
<b>Valores no local de trabalho:</b>							
Confiança horizontal	47	100	68,48	12,067	0,616	-0,521	17,62
Confiança vertical	20	73	46,67	12,239	-0,927	-0,346	26,23
Justiça e respeito	27	87	57,09	14,839	-0,646	-0,551	25,99
Auto-eficácia	20	100	45,64	14,111	2,707	4,575	30,92
Significado do trabalho	20	80	39,64	14,079	1,563	0,137	35,52
Compromisso face ao local de trabalho	20	90	49,64	15,392	0,589	-0,329	31,01
<b>Satisfação no trabalho</b>							
Satisfação em relação ao seu trabalho em geral	20	100	54,73	15,227	1,880	2,546	27,82
Insegurança laboral	20	100	66,91	27,546	-0,810	-1,744	41,17
Percepção da saúde	20	100	68,73	17,539	-2,031	1,319	25,52
Conflito trabalho/família	30	100	72,36	18,355	-0,084	-1,246	25,36
Problemas em dormir	40	100	67,27	15,570	1,095	-0,831	23,14
Extenuação	40	100	70,36	15,511	-0,483	-0,940	22,04
Stress	40	100	73,64	14,702	-0,488	-0,339	19,97
Sintomas depressivos	50	100	94,36	9,332	-9,656	18,238	9,89
Bullying	20	100	62,79	17,102	0,188	0,310	27,24

## Sexo feminino

Dimensões	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV
<b>Exigências quantitativas</b>	20	100	69,63	15,539	-2,511	1,232	22,32
<b>Ritmo de trabalho</b>	20	100	57,17	15,652	0,514	0,663	27,38
<b>Exigências cognitivas</b>	20	73	40,74	11,582	1,394	-0,026	28,43
<b>Exigências emocionais</b>	20	80	38,38	15,825	1,640	-1,271	41,23
<b>Influência no trabalho</b>	25	95	65,45	15,437	-1,348	-1,141	23,58
<b>Possibilidades de desenvolvimento</b>	20	87	39,19	13,511	3,200	2,372	34,48
<b>Previsibilidade</b>	20	100	56,87	17,359	-0,267	-0,338	30,52
<b>Transparência do papel laboral desempenhado</b>	20	80	39,19	12,609	1,572	0,437	32,17
<b>Recompensas</b>	20	87	50,98	14,485	0,444	-0,992	28,41
<b>Conflitos laborais</b>	33	100	59,19	10,744	1,505	2,973	18,15
<b>Apoio social de colegas</b>	20	87	49,56	11,825	1,655	1,545	23,86
<b>Apoio social de superiores</b>	20	100	64,98	20	1,436	-1,564	28,54
<b>Comunidade social no trabalho</b>	20	80	42,90	20	1,749	1,348	29,38
<b>Satisfação em relação à sua chefia directa</b>	20	100	59,04	20	1,800	-0,856	31,24
<b>Valores no local de trabalho:</b>							
Confiança horizontal	40	100	67,34	20	2,084	0,179	31,24
Confiança vertical	27	73	50,44	25	1,451	-1,609	17,75
Justiça e respeito	27	87	57,91	20	2,211	-0,417	20,70
Auto-eficácia	20	100	48,08	20	1,758	2,394	22,23
Significado do trabalho	20	80	38,32	20	2,041	2,465	28,14
Compromisso face ao local de trabalho	20	80	50,71	20	1,700	-0,598	31,08
<b>Satisfação no trabalho</b>							
Satisfação em relação ao seu trabalho em geral	20	100	54,85	33	1,689	1,673	24,90
Insegurança laboral	20	100	62,83	20	1,749	-2,616	44,09
<b>Percepção da saúde</b>	20	100	67,27	20	2,080	1,144	25,99
<b>Conflito trabalho/família</b>	30	100	68,89	20	1,865	-2,180	29,39
<b>Problemas em dormir</b>	20	100	58,69	20	1,694	0,885	29,48
<b>Extenuação</b>	20	100	65,35	40	1,485	0,397	25,71
<b>Stress</b>	20	100	68,89	27	1,454	-1,019	28,80
<b>Sintomas depressivos</b>	65	100	94,90	27	1,497	5,119	7,68
<b>Bullying</b>	20	100	65,32	20	1,539	-0,905	28,46

**APÊNDICE III – Estatísticas relativas aos conjuntos de dimensões do COPSQ por faixa etária**

Apêndice – 3 Quadro 1 – Estatísticas relativas aos conjuntos de dimensões do COPSOQ por faixa etária

GRUPOS DE DIMENSÕES		N	Média	Dp
	<b>Grupo etário</b>			
Exigências físicas e psicológicas	<30	37	51,85	9,261
	30-40	49	51,29	10,449
	40-50	40	53,75	9,064
	>50	28	<b>54,70</b>	9,219
	Total	154	52,68	9,602
Satisfação no trabalho	<30	37	52,11	9,560
	30-40	49	<b>56,57</b>	9,409
	40-50	40	53,16	8,941
	>50	28	48,82	9,248
	Total	154	53,20	9,602
Apoio social e familiar	<30	37	56,07	6,434
	30-40	49	<b>58,64</b>	7,773
	40-50	40	57,17	6,126
	>50	28	56,05	5,578
	Total	154	57,17	6,706
Valores	<30	37	52,34	8,255
	30-40	49	<b>53,15</b>	7,136
	40-50	40	51,83	6,508
	>50	28	48,65	7,094
	Total	154	51,80	7,359
Saúde física e psicológica	<30	37	67,73	12,078
	30-40	49	70,75	10,105
	40-50	40	71,04	10,364
	>50	28	<b>76,07</b>	10,434
	Total	154	71,07	10,967

Apêndice – 3 / Quadro 2 – Resultados da análise de variância entre conjuntos de variáveis do COPSOQ e faixa etária

GRUPOS DE DIMENSÕES	F	p
Exigências físicas e psicológicas	1,014	0,388
Satisfação no trabalho	4,394	0,005
Apoio social e familiar	1,387	0,249
Valores	2,391	0,071
Saúde física e psicológica	3,239	0,024

Apêndice – 3 / Quadro 3 – Resultados do teste de Tukey entre conjuntos de variáveis do COPSOQ e faixa etária

GRUPOS DIMENSÕES	DE	Grupo Etário (I)	Grupo Etário (J)	Media da diferença (I-J)	Dp	p.
Satisfação no trabalho	<30	30-40	30-40	-4,462	2,025	0,127
			40-50	-1,045	2,121	0,961
			>50	3,295	2,329	0,492
	30-40	<30	<30	4,462	2,025	0,127
			40-50	3,417	1,981	0,315
			>50	<b>7,756(*)</b>	2,203	<b>0,003</b>
	40-50	<30	<30	1,045	2,121	0,961
			30-40	-3,417	1,981	0,315
			>50	4,339	2,291	0,235
	>50	<30	<30	-3,295	2,329	0,492
			30-40	<b>-7,756(*)</b>	<b>2,203</b>	<b>0,003</b>
			40-50	-4,339	2,291	0,235
Valores	<30	30-40	30-40	-0,810	1,581	0,956
			40-50	0,509	1,656	0,990
			>50	3,692	1,819	0,182
	30-40	<30	<30	0,810	1,581	0,956
			40-50	1,319	1,547	0,829
			>50	<b>4,501(*)</b>	<b>1,720</b>	<b>0,048</b>
	40-50	<30	<30	-0,509	1,656	0,990
			30-40	-1,319	1,547	0,829
			>50	3,183	1,789	0,288
	>50	<30	<30	-3,692	1,819	0,182
			30-40	<b>-4,501(*)</b>	<b>1,720</b>	<b>0,048</b>
			40-50	-3,183	1,789	0,288
Saúde física e psicológica	<30	30-40	30-40	-3,023	2,338	0,569
			40-50	-3,316	2,448	0,530
			>50	<b>-8,346(*)</b>	<b>2,689</b>	<b>0,012</b>
	30-40	<30	<30	3,023	2,338	0,569
			40-50	-0,293	2,287	0,999
			>50	-5,323	2,543	0,160
	40-50	<30	<30	3,316	2,448	0,530
			30-40	0,293	2,287	0,999
			>50	-5,030	2,645	0,232
	>50	<30	<30	<b>8,346(*)</b>	<b>2,689</b>	<b>0,012</b>
			30-40	5,323	2,543	0,160
			40-50	5,030	2,645	0,232

