

IPV - ESSV |



# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho encerra mais uma etapa que muito contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal e que dificilmente poderia ser concretizado sem a ajuda, apoio e compreensão de algumas pessoas que me auxiliaram neste trajeto de forma direta ou indireta, dos quais saliento:

O Professor Doutor Carlos Albuquerque, orientador deste trabalho, ao qual demonstro o meu profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, orientação, ensinamentos, motivação, apoio permanente e paciência ao longo de todo este percurso;

Os participantes neste estudo, que colaboraram no preenchimento dos questionários, uma vez que sem elas, esta investigação não seria possível;

A Sandra, a quem eu dedico este trabalho, pois foi na certeza do seu olhar, na força do seu abraço e na energia do seu afeto que eu encontrei a minha inspiração, criatividade e toda uma energia necessária para o ultrapassar de todas as adversidades. Aqui e para sempre eternizo a minha felicidade em poder compartilhar com essa pessoa tão incrível os momentos mais marcantes da minha vida.

A todos, o meu profundo agradecimento

BEM-HAJA



## Resumo

**Introdução:** O enfermeiro especialista em reabilitação é o profissional com competências e conhecimentos para, após o diagnóstico, implementar e monitorizar os resultados dos programas de redução do risco das perturbações musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (PME), junto dos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso, avaliando e introduzindo no processo de prestação de cuidados os necessários ajustamentos, promovendo assim, práticas mais seguras e eficazes. Assim, o presente estudo centrou-se em identificar os determinantes das PME nestes trabalhadores e suas repercussões na saúde.

**Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, de tipologia transversal e descritivo-correlacional, com recurso a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 120 indivíduos, na sua maioria do género feminino (95,8%) e com uma média de idades de 43,21 anos (Dp=10,812 anos). Como instrumento de colheita de dados utilizou-se o inquérito de saúde e trabalho (INSAT), aferido para este domínio de investigação.

**Resultados:** Estes cuidadores formais manifestam défices de saúde com principal relevância para os relacionados com a mobilidade física e dor, quer pela existência de constrangimentos de natureza física e biomecânica, organizacional e psicossocial, bem como de natureza individual. Os problemas de saúde identificados por estes trabalhadores, resultantes das condições e características do trabalho foram: dores de costas (90,8%), dores musculares e articulares (82,5%), varizes (64,2%), dores de cabeça (49,2%) e ansiedade ou irritabilidade (47,5%). Ser do género feminino, ter idade entre os 49-58 anos, ser viúvo ou divorciado, ter doenças crónicas, tomar medicação e efetuar horário diurno, revelaram-se como determinantes percussores das PME assim como, a nível laboral, as características e os constrangimentos organizacionais e relacionais relacionados com o esforço físico, a intensidade e tempo de trabalho, as exigências emocionais, a insuficiência de autonomia e a má qualidade das relações sociais.

**Conclusão:** Estes resultados apontam para a necessidade de desenvolvimento de estratégias preventivas das PME neste grupo profissional, onde é fundamental a intervenção do enfermeiro de reabilitação na implementação de programas de promoção da saúde, gestão do stresse e riscos psicossociais e formação profissional.

**Palavras-chave:** Doenças musculoesqueléticas; Enfermagem de Reabilitação; Saúde Ocupacional



## Abstract

**Introduction:** The rehabilitation specialist nurse is a professional with the skills and knowledge which allow him, after diagnosis to implement and monitor the results of risk reduction programs of work-related musculoskeletal disorders (WMSDs). The care workers in personal residences support the elderly by evaluating and adjusting the necessary care, thus promoting the safest and most effective practices. Thus, the present study identifies the determinants of WMSDs in care workers and their impact on health.

**Methods:** We have developed a quantitative, transversal, descriptive study, of a correlational type using a non-probabilistic sample of convenience that consisted of 120 personal care workers mostly female (95.8%) and with an average age of 43.21 years (SD = 10.812 years). As data collection instrument used the work and health survey (INSAT), calibrated to this field of research.

**Results:** We show that, in the majority of the cases, these care workers have health deficits related with physical mobility and pain. These are consequence of constraints such as physical and biomechanical, organizational and psychosocial as well as individual constraints. The health problems identified by these workers as a result of their work conditions and characteristics were: back pain (90.8%), muscle and joint pain (82.5%), varices (64.2%), headaches (49.2%) and anxiety or irritability (47.5%). Be of the female gender, age between 49-58 years, be widowed or divorced, have chronic illnesses, medication and daytime, proved as crucial precursors of WMSDs as well as the employment level, the characteristics and the organizational and relational constraints related to physical exertion, the intensity and time of work, emotional demands, insufficient autonomy and the poor quality of social relations.

**Conclusions:** These results stress the need to develop new strategies in the prevention of WMSDs in care workers. The rehabilitation specialist nurse intervention is crucial to implement health promotion programs, stress management and psychosocial risks and vocational training.

**Keywords:** Musculoskeletal Diseases, Rehabilitation Nursing, Occupational Health



## Sumário

	Pág.
<b>Lista de Tabelas</b> .....	11
<b>Lista de Figuras</b> .....	17
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas</b> .....	19
<b>Lista de Símbolos</b> .....	21
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	29
<b>1. PERTURBAÇÕES MÚSCULOSQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO – CONCETUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO NORMOLEGISLATIVO</b> .....	31
1.1. LEGISLAÇÃO E NORMALIZAÇÃO.....	35
1.2. CUSTOS.....	37
<b>2. AS PERTURBAÇÕES MUSCULOSQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE</b> .....	39
2.1. A PROFISSÃO DE TRABALHADORES DE CUIDADOS PESSOAIS.....	39
2.2. CONTRIBUTOS DA ERGONOMIA PARA A COMPREENÇÃO DO TRABALHO...44	
2.3. FATORES DO CONTEXTO DE TRABALHO QUE CONDICIONAM A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	47
2.4. AVALIAÇÃO DOS RISCOS.....	57
2.5. PREVENÇÃO.....	60
2.6. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS PME.....	64
<b>3. ESTADO DA ARTE</b> .....	67
<b>2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	71
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	73
4.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	73
4.2. PARTICIPANTES.....	76
4.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	77
4.4. PROCEDIMENTOS.....	79

<b>5. RESULTADOS</b> .....	85
5.1. ANÁLISE DESCRITIVA .....	86
5.2. ANÁLISE INFERENCIAL .....	116
<b>6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	155
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	169
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	177
<b>Anexos</b> .....	187
<b>Anexo I – Condições e características do trabalho suscetíveis de desencadear PME</b> .....	189
<b>Anexo II – Percepção dos Ajudantes de Lar sobre a sua atividade de trabalho</b> .....	193
<b>Anexo III – Percepção dos Ajudantes de Lar sobre os problemas de saúde (e sua relação com a atividade de trabalho) e respostas ao PSN</b> .....	197
<b>Anexo IV – Instrumento de colheita de dados</b> .....	201
<b>Anexos V – Declaração de consentimento informado</b> .....	215
<b>Anexos VI – Declaração de compromisso</b> .....	219
<b>Anexos VII – Autorização de recolha de dados</b> .....	223
<b>Anexo VIII – Condições e características do trabalho suscetíveis de desencadear as PME nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso ....</b>	227
<b>Anexo IX – Resumo da relação entre as variáveis de contexto sociodemográfico, laboral, comportamental e clínico, com percepção do estado de saúde</b> .....	231

## Lista de Tabelas

	<b>Pág.</b>
Tabela 1 – Principais diretivas de aplicação europeia para a prevenção das PME	35
Tabela 2 – Doenças do aparelho locomotor relacionadas com o trabalho	36
Tabela 3 – Fatores da ergonomia	45
Tabela 4 – Identificação dos riscos para no setor da saúde	54
Tabela 5 – Resumo dos défices de saúde relativos a cada dimensão da escala do Perfil de Saúde de Nottingham	78
Tabela 6 – Distribuição da amostra pela idade em função do género	87
Tabela 7 - Distribuição da amostra pelo grupo etário em função do género	88
Tabela 8 - Distribuição da amostra pelo estado civil em função do género	88
Tabela 9 - Distribuição da amostra pelas habilitações literárias em função do género	89
Tabela 10 - Distribuição da amostra pela situação laboral em função do género	90
Tabela 11 - Distribuição da amostra pelo tempo de serviço em função do género	90
Tabela 12 - Distribuição da amostra pelo tipo de horário de trabalho em função do género.	91
Tabela 13 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos ruído nocivo ou incómodo, vibrações, radiações, calor/frio ou variações de temperatura, poeiras ou gases, agentes biológicos, em função do género	92
Tabela 14 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos produtos químicos e iluminação inadequada, em função do género	93
Tabela 15 - Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos gestos repetitivos, gestos precisos, posturas penosas, esforços físicos intensos, permanecer muito tempo de pé na mesma posição, permanecer muito tempo de pé com deslocamento e permanecer muito tempo sentado, em função do género	94
Tabela 16 - Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos, subir e descer com muita frequência e local pouco organizado ergonomicamente, em função do género	95

Tabela 17 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos ritmo de trabalho intenso, depender das colegas para realizar o trabalho, depender dos pedidos diretos dos clientes, cumprir normas ou prazos rígidos, adaptar permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho, ter de gerir instruções contraditórias e longos períodos de tempo ao computador, em função do género	96
Tabela 18 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos ser frequentemente interrompido, ter de levar trabalho para casa e manter o olhar fixo no trabalho sem qualquer possibilidade de o desviar, em função do género	97
Tabela 19 – Distribuição da amostra pela exposição ao constrangimento ter de ultrapassar o horário normal de trabalho, ter de dormir a horas pouco usuais, ter de encurtar ou não realizar a pausa para a refeição, horário que me obriga a deitar depois da meia-noite, horário que obriga levantar antes das 5 da manhã, ter que manter disponibilidade permanente e fazer deslocações profissionais frequentes, em função do género	98
Tabela 20 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos horário que obriga levantar antes das 5 da manhã, ter que manter disponibilidade permanente e fazer deslocações profissionais frequentes, em função do género	99
Tabela 21 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos impossibilidade de alterar o trabalho definido, impossibilidade de escolher os momentos de pausa, impossibilidade de alterações ao horário e impossibilidade de participar em decisões relativas ao trabalho, em função do género	100
Tabela 22 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos frequente a necessidade de ajuda dos colegas, frequente não ter ajuda dos colegas quando necessário, raro a troca de experiências ou truques para melhorar o trabalho, desconsiderada a opinião para o funcionamento do serviço e pouco reconhecido o que se faz pelas chefias, em função do género	101
Tabela 23 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos pouco reconhecido o que se faz pelos colegas, impossível exprimir à vontade, exposição ao risco de agressão verbal, exposição ao risco de agressão física, exposição ao risco de assédio sexual e exposição ao risco de assédio moral, em função do género	102
Tabela 24 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos exposição à ameaça de perda de emprego, exposição a discriminação sexual, exposição a discriminação ligada à idade, exposição a discriminação ligada à nacionalidade, exposição a discriminação ligada à deficiência física ou mental e exposição a discriminação ligada à orientação sexual, em função do género	103
Tabela 25 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos contacto direto com o público, suportar as exigências, queixas ou reclamações do público e confronto com situações de tensão nas relações com o público, em função do género	104
Tabela 26 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos exposição ao risco de agressão verbal do público, exposição ao risco de agressão física do público e resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas, em função do género	105

Tabela 27 – Distribuição da amostra pela exposição às variáveis solitário, monótono, variado, imprevisível, complexo e onde se fazem coisas que se desaprovam, em função do género	106
Tabela 28 – Distribuição da amostra pela exposição às variáveis, sem perspetiva de evolução na carreira, cuja remuneração não permite ter um nível de vida satisfatório, onde faltam os meios necessários para realizar um trabalho de qualidade, cujas condições abalam a dignidade humana, onde de forma geral se é explorado, que dificilmente se realizará aos 60/65 anos e que não deve ser realizado pelos meus filhos, em função do género	107
Tabela 29 – Distribuição da amostra de acordo com o sentimento de prazer e realização pessoal no trabalho, em função do género	108
Tabela 30 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de incómodo e conciliação e da vida de trabalho com a vida fora de trabalho, em função do género	109
Tabela 31 – Distribuição da amostra em relação ao tempo (horas) gasto por dia em tarefas domésticas, em função do género	110
Tabela 32 - Distribuição da amostra em relação à formação nos últimos 12 meses, em função do género	110
Tabela 33 - Distribuição da amostra em relação aos acidentes de trabalho e doenças profissionais, em função do género	111
Tabela 34 - Distribuição da amostra em relação à informação sobre os riscos profissionais, em função do género	112
Tabela 35 - Distribuição da amostra em relação à perceção dos problemas de saúde dores de cabeça, dores de costas, problemas de visão, problemas de voz, problemas de audição, problemas de pele, dificuldades respiratórias e dores musculares e articulações, em função do género	113
Tabela 36 - Distribuição da amostra em relação à perceção dos problemas de saúde dores de estomago, varizes, ansiedade ou irritabilidade, fadiga generalizada, desânimo generalizado e sonolência ou insónias, em função do género	114
Tabela 37 - Distribuição da amostra em relação aos problemas de saúde crónicos, consumo de medicamentos, classificação da saúde e perceção da relação trabalho-saúde, em função do género	115
Tabela 38 - Distribuição da amostra em relação as estratégias utilizadas para prevenir ou minimizar as repercussões das condições e características do trabalho na saúde, em função do género	116
Tabela 39 – Distribuição da amostra pela pontuação obtida nas dimensões do PSN, em função do género	118
Tabela 40 – Resultados da correlação de Pearson entre a idade e a variável dependente	119
Tabela 41 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre os grupos etários e a variável dependente	120
Tabela 42 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a variável dependente	122

Tabela 43 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e a variável dependente	123
Tabela 44 – Resultados da correlação de Pearson entre o tempo de serviço e a variável dependente	124
Tabela 45 – Resultados da correlação de Pearson entre o tempo de trabalho médio por semana e a variável dependente	124
Tabela 46 – Resultados da correlação de Pearson entre o tempo de trabalho médio por semana com o tempo de tarefas domésticas e a variável dependente	125
Tabela 47 – Resultados do teste de Mann Whitney entre o tipo de horário e a variável dependente	126
Tabela 48 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos ambientais e a percepção do estado de saúde	128
Tabela 49 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos físicos e a percepção do estado de saúde	130
Tabela 50 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com o ritmo de trabalho e a percepção do estado de saúde	132
Tabela 51 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com o tempo de trabalho e a percepção do estado de saúde	134
Tabela 52 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com a autonomia e iniciativa e a percepção do estado de saúde	136
Tabela 53 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com as relações de trabalho e a percepção do estado de saúde	138
Tabela 54 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com o contacto com o público e a percepção do estado de saúde	139
Tabela 55 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as características do trabalho e a percepção do estado de saúde	141
Tabela 56 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o grau de conciliação da vida de trabalho com a vida fora de trabalho e a percepção do estado de saúde	143
Tabela 57 – Resultados do teste de Mann Whitney entre a formação e a percepção do estado de saúde	144
Tabela 58 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as variáveis “acidentes de trabalho”, “doenças profissionais”, “faltar ao trabalho mais de 3 dias seguidos nos últimos 12 meses” e “ter de trabalhar mesmo doente, nos últimos 12 meses” e a percepção do estado de saúde	145
Tabela 59 – Resultados do teste de Mann Whitney entre os problemas de saúde e a percepção do estado de saúde	147
Tabela 60 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as variáveis “doença crónica” e “consumo frequente de medicamentos” e a percepção do estado de saúde	148
Tabela 61 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre a relação que o trabalhador estabelece entre o trabalho e a sua saúde e a percepção do estado de saúde	150

Tabela 62 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as estratégias “automedicação” “exercício físico”, “ginástica laboral” e “pausas”, utilizadas para prevenir ou diminuir as repercussões do trabalho e a percepção do estado de saúde 152

Tabela 63 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as estratégias: “comunico à entidade patronal”, “procuro um profissional de saúde” e “desabafo com alguém”, utilizadas para prevenir ou diminuir as repercussões do trabalho e a percepção do estado de saúde 153



## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1 - Modelo esquemático da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.	75



## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACT	Autoridade para as Condições do Trabalho
AESST	Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho
AIE	Associação Internacional de Ergonomia
AIED	Associação Internacional para o Estudo da Dor
CE	Comissão Europeia
cf.	Conforme
CMER	Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
CNP	Classificação Nacional das Profissões
CNPCR	Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais
CV	Coefficiente Variação
DGEASI	Direção Geral do Emprego dos Assuntos Sociais e da Inclusão
DGS	Direção Geral da Saúde
DL	Decreto de Lei
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho
Dp	Desvio Padrão
EASHW	European Agency for Safety and Health at World
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
et al.	Entre outros
GEP	Gabinete de Estratégia e Planeamento
i.e.	Isto é
IC	Intervalo de Confiança
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSAT	Inquérito de Saúde e Trabalho
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
K	Kustosis
K/Stderror	Medida de Achatamento
LATR	Lésions Attribuables au Travail Répétitif
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LMERT	Lesões Musculosqueléticas Relacionadas com o Trabalho
m/s	Moderado ou Superior
Masc.	Masculino
Máx.	Máximo
Min.	Mínimo
MS	Ministério da Saúde
MSESS	Ministério da Solidariedade Emprego e Segurança Social

n	Número total da amostra
nº	Número
OER	Observatório Europeu dos Riscos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OOS	Occupational Overuse Syndrome
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
p.	Página
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Perturbação(ões) Musculoesquelética(s)
r/a	Reduzido ou Ausente
Res.	Residuais
RSES	Rede de Serviços e Equipamentos Sociais
SK	Skewness
Sk/Stderror	Medida de Enviesamento
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SST	Segurança e Saúde no Trabalho
UE	União Europeia
WMSDS	Work Related Musculoskeletal Disorders

## Lista de Símbolos

A	Alfa de Cronbach
>	Maior
<	Menor
≥	Maior ou igual
≤	Menor ou igual
%	Porcentagem
$\bar{x}$	Média
N	Total
p	Índice Significância



## INTRODUÇÃO

As doenças profissionais, embora permanecendo em grande medida invisíveis, são anualmente responsáveis pela morte de seis vezes mais pessoas do que os acidentes de trabalho. Estima-se que, todos os anos, ocorram 160 milhões de casos de doenças não mortais ligadas à atividade profissional. Devido às mudanças tecnológicas, sociais e organizacionais do trabalho, resultantes da rápida globalização, aliadas às condições da economia mundial, a natureza das doenças profissionais está a mudar, agravando os atuais perigos para a saúde bem como a geração de novos fatores de risco (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2013, p. 4). No ano de 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já descrevia as “Doenças Relacionadas com o Trabalho” (também designadas por “*Work-related diseases*”) como patologias de natureza multifatorial nas quais o ambiente de trabalho e a atividade profissional contribuem significativamente, mas apenas como um entre uma série de fatores para a etiologia da doença (Serranheira, Lopes & Sousa-Uva, 2005, p. 61).

Num relatório da Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), com referência ao período compreendido entre 2011 e 2013, as afeções musculoesqueléticas assumiram-se como a doença profissional mais reportada ao longo dos três anos em Portugal (Portugal, Autoridade para as Condições do Trabalho [Portugal, ACT], 2014, p. 33). Apesar destes dados apresentados pela ACT, em Portugal, escasseiam dados sobre a prevalência das Perturbações Musculoesqueléticas (PME) relacionadas com o trabalho, devido à falta de referenciação e a utilização de um sistema único de registo destas doenças profissionais, o que conduz a uma subestimação da prevalência na população ativa e na população em geral (Cunha-Miranda, Carnide & Lopes, 2010, p. 224).

O primeiro estudo epidemiológico sobre a prevalência de PME relacionadas com o trabalho em Portugal, destaca que 5,9% dos trabalhadores (24.269 casos) têm lesões clinicamente relevantes, segundo o seu médico de trabalho. A lesão mais prevalente foi a lombalgia (2,27%, 38,4% das PME), seguida de outras raquialgias: cervicalgia (1,13%, 19,2% das PME) e dorsalgias (0,82%, 13,9% das PME). As demais lesões identificadas reportam-se ao membro superior, com mais casos reportados de tendinite do ombro (0,6%). No total as raquialgias ou patologia da coluna vertebral são responsáveis neste estudo por 74,9% das PME relevantes (Cunha-Miranda et al., 2010, p. 215).

As PME de origem profissional são definidas pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2007a, p. 1) como sendo lesões de estruturas orgânicas como os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos, os ossos e doenças localizadas do aparelho circulatório, causadas ou agravadas principalmente pela atividade profissional e pelos efeitos das condições imediatas em que essa atividade tem lugar. A maioria destas lesões cumulativas é resultante da exposição repetida a esforços mais ou menos intensos ao longo de um período de tempo prolongado, no entanto, podem também ter a forma de traumatismos agudos, tais como fraturas causadas por acidentes. Estas lesões afetam principalmente a região dorso-lombar, a zona cervical, os ombros e os membros superiores, mas podem afetar também os membros inferiores. Algumas destas lesões musculoesqueléticas caracterizam-se por sinais e sintomas bem definidos (ex. síndrome do canal cárpico), enquanto outras se manifestam unicamente por dor ou desconforto, sem que existam sinais de uma lesão clara e específica. Estudos epidemiológicos evidenciam um modelo fatorial de risco para as PME, destacando-se contributos de fatores de risco profissionais, individuais e organizacionais/psicossociais (Hagberg et al., citado em Serranheira et al., 2005, p. 61).

No conjunto dos 27 Estados-membros da União Europeia (UE), as PME constituem o problema de saúde relacionado com a atividade profissional mais comum (OIT, 2013, p. 6; Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, Observatório Europeu dos Riscos [AESST, OER], 2009, p. 17; Comissão Europeia, Direcção-Geral do Emprego dos Assuntos Sociais e da Inclusão [CE, DGEASI], 2012, p.108). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) citado em OIT (2013, p. 6), referia no presente ano, que as PME eram responsáveis por mais de 10% de todos os anos perdidos por invalidez.

A AESST (2002, p. 1), no presente ano, já referia que cerca de 10% dos trabalhadores da União Europeia desempenhavam a sua atividade profissional no sector da saúde e da proteção social, uma tendência de crescimento confirmada num relatório da Comissão Europeia (2013, p. 1), onde era referenciado o aumento de quase 2% por ano, entre 2008 e 2012. Este facto, faz da saúde um dos maiores sectores de emprego na Europa, abrangendo um vasto leque de atividades. A mesma entidade referia também que a taxa de acidentes de trabalho no sector da saúde é 34% superior à média comunitária, onde as PME relacionadas com o trabalho apresentam uma elevada taxa de incidência, apenas precedido do sector da construção. Segundo a AESST, OER (2014, p. 2), os profissionais de saúde estão expostos a um elevado número de riscos (biológicos, químicos, físicos, ergonómicos e psicossociais), que na sua combinação, tornam os cuidados de saúde um sector de elevado risco para os seus trabalhadores. A atividade de saúde humana e apoio

social está representada como a quarta atividade económica com maior registo de doenças profissionais (Portugal, ACT, 2014, p. 35).

Em Portugal, o número de entidades proprietárias de equipamentos sociais registou nos últimos anos um desenvolvimento significativo. Tendo como referência o período de 2000 a 2014, as respostas dirigidas às pessoas idosas, apresentam o segundo maior crescimento (49%) das respostas sociais. Estas representam atualmente 54% do número total de respostas da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), o que reflete as necessidades de apoio à população idosa, cujo grupo etário tem aumentado de forma exponencial na população residente, sendo mais evidente no interior do país (Portugal, Ministério da Solidariedade Emprego e Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento [Portugal, MSESS, GEP], 2014, p. 10 e 11). No ano de 2014, a resposta social Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) apresentava uma taxa de utilização de 91,5%, constituindo a resposta de maior procura no conjunto das respostas para idosos. Neste mesmo ano, a ERPI, apresenta-se como a segunda resposta social com maior número de valências registadas (2315) em Portugal continental (Portugal, MSESS, GEP, 2014, p. 38). Contrariamente às restantes respostas dirigidas à população idosa, cerca de 80% dos utentes acolhidos em ERPI em 2014 tinha 75 ou mais anos, evidenciando-se uma clara supremacia dos utentes mais idosos com maiores níveis de dependência, o que traduz uma institucionalização tardia da população nesta resposta. No ano de 2014, cerca de 80% dos utentes que frequentavam esta resposta social, apresentavam algum grau de dependência (Portugal, MSESS, GEP, 2014, p. 43 e 44).

De acordo com Portugal, Instituto Nacional de Estatística (Portugal, INE, 2014, p. 1) devido à progressão do decréscimo populacional é expectável que nos próximos anos se aprofundem as alterações da estrutura etária da população em resultado da combinação do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa, com o agravamento do envelhecimento populacional.

Assim, após a revisão de várias investigações internacionais e nacionais, verifica-se atualmente que as PME relacionadas com o trabalho são estatisticamente a doença profissional mais frequente e com maior índice de absentismo. Este facto relacionado com: a magnitude das repercussões das PME no sector da saúde e da proteção social; o envelhecimento em Portugal da população ativa e com idade superior a 69 anos; o aumento da RSES para as pessoas idosas, onde se destaca a resposta social ERPI e consequente aumento do número de trabalhadores prestadores de cuidados pessoais nesta resposta social e a sua exposição multifatorial aos fatores de risco das PME; fazem com que estes trabalhadores se apresentem como um dos grupos profissionais mais vulnerável à ocorrência de PME relacionadas com o trabalho.

Diversas entidades internacionais (AESST, CE, OIT), têm vindo a referir que a prevenção das PME é um objetivo que nos deve mobilizar, de modo a serem implementadas condições de trabalho que permitam evitar o aparecimento destas lesões. É ainda indispensável que seja feito o diagnóstico precoce dos casos existentes e que sejam tomadas medidas para prevenir o agravamento de lesões já diagnosticadas, não menosprezando os aspetos relacionados com os trabalhadores afetados, ao verem reconhecida a sua doença como “ligada” ao trabalho e a possibilidade de reintegração em postos de trabalho adequados às limitações ou onde se evite a evolução para situações invalidantes. As PME são uma causa frequente de doença relacionada com o trabalho e que ao longo das últimas duas décadas têm sofrido um incremento consequente à implementação de novos métodos e modelos de organização do trabalho. Entende-se na atualidade, que a origem das PME não contempla apenas as frequentes exposições mecânicas, mas também aspetos organizacionais, psicológicos e sociais, que podem constituir-se como fatores de risco para as queixas musculoesqueléticas nos trabalhadores. As PME, constituem-se assim, atualmente, um importante problema de saúde que interfere com o bem-estar dos trabalhadores.

Os escassos estudos no âmbito das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de cuidados pessoais, na resposta social ERPI, revelam um défice de evidência, o que justifica o contexto e a pertinência desta pesquisa, face ao crescente reconhecimento do potencial de risco desta profissão para a saúde a curto e a longo prazo. Para o efeito, o Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT), apresenta-se como um instrumento central neste estudo, destacando a importância de explorar a complexidade que caracteriza as relações entre saúde e trabalho e que envolvem a compreensão de um conjunto de fatores que interagem mutuamente e a diferentes níveis da vida do indivíduo (Barros-Duarte & Cunha, 2010). A aplicação exclusiva do inquérito INSAT neste grupo profissional, ocorreu apenas num estudo a nível nacional, centrado apenas numa instituição. Entende-se assim, ser premente proceder ao diagnóstico de necessidades com vista à implementação de medidas preventivas das PME e de promoção da saúde aos trabalhadores de cuidados pessoais na resposta social ERPI, sendo este o principal motivo para esta dissertação desenvolvida no âmbito da quarta edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER), da Escola Superior de Saúde de Viseu.

De forma a dar resposta à questão: **Quais os determinantes das Perturbações Musculoesqueléticas nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso e suas repercussões na saúde destes**, enunciam-se os seguintes objetivos:

- Analisar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso;

- Identificar as condições e características do trabalho suscetíveis de desencadear as PME nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso;
- Analisar as repercussões que as condições e características do trabalho, suscetíveis de desencadear as PME, têm na saúde dos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso;
- Analisar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso, para prevenir e/ou minimizar as repercussões das condições e características do trabalho suscetíveis de desencadear as PME.

Portanto, tendo em conta os objetivos e a finalidade deste estudo, a abordagem da investigação é do tipo quantitativo, transversal, de carácter descritivo-correlacional, por se julgar ser o mais apropriado para o mesmo. A amostra, constituída por elementos representativos da população, é caracterizada como sendo não probabilística, acidental e por conveniência, tendo sido selecionada em nove instituições do distrito de Viseu com a resposta social ERPI. Os dados foram recolhidos, de Janeiro a Abril de 2016, através do autopreenchimento de um questionário.

O presente trabalho foi organizado em duas partes. A primeira relativa ao enquadramento teórico, de modo a dar a conhecer o que são as PME, fazendo-se referência aos sintomas, estádios, legislação e os custos associados. Segue-se uma abordagem às PME em relação ao trabalho no sector da saúde e às funções dos trabalhadores de cuidados pessoais nas ERPI, onde se destaca a sua vulnerabilidade à ocorrência de PME. Após a abordagem ao tema ergonomia, descrevem-se os fatores de risco associados às PME, bem como a sua avaliação e prevenção. Por fim, faz-se uma referência ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na prevenção das PME, terminando este enquadramento com o estado da arte, relativo ao tema em estudo.

A segunda parte, o estudo empírico propriamente dito, apresenta os objetivos e a questão de investigação, englobando a metodologia, onde é descrito o tipo de estudo, população e amostra, variáveis e sua operacionalização, método de colheita de dados, considerações éticas e procedimentos de investigação. Este capítulo prossegue com a apresentação e discussão dos resultados, terminando com a apresentação das principais conclusões, as limitações do estudo e implicações práticas. Em anexo salientamos a apresentação do instrumento de colheita de dados utilizado, as autorizações para a sua aplicação e um resumo das principais conclusões da investigação.



## **1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

1. PERTURBAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO – CONCEITUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO NORMATIVO
2. AS PERTURBAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE
3. ESTADO DA ARTE



## **1. PERTURBAÇÕES MÚSCULOSQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO – CONCETUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO NORMOLEGISLATIVO**

No enquadramento das doenças relacionadas com o trabalho, as PME são o problema de saúde de origem profissional mais comum na UE, podendo afetar trabalhadores de todos os sectores e profissões. O quarto inquérito europeu sobre as condições de trabalho revelou que as PME são responsáveis por cerca de 39% das doenças ocupacionais registadas na UE e que 35,4% dos inquiridos na UE-27 consideram que o trabalho afeta a sua saúde, sendo as dores nas costas o problema de saúde mais prevalente (24,7%), seguido das dores musculares nos ombros, cabeça e membros (22,8%) (AESST, OER, 2010, p. 14 a 16).

A maioria das PME são cumulativas, resultantes da exposição repetida a esforços mais ou menos intensos ao longo de um período de tempo prolongado, podendo no entanto ter a forma de traumatismos agudos. Afetam principalmente as regiões dorso-lombar, cervical, dos ombros e membros (AESST, 2007a, p.1).

- **CONCEITO**

Segundo a AESST (2007a, p.1) as PME de origem profissional são definidas como sendo:

“lesões de estruturas orgânicas como os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos, os ossos e doenças localizadas do aparelho circulatório, causadas ou agravadas principalmente pela atividade profissional e pelos efeitos das condições imediatas em que essa atividade tem lugar”

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (Portugal, MS, DGS, 2008, p. 11), refere que as PME incluem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor, resultantes da ação de fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho. Em geral as PME localizam-se no membro superior e na coluna vertebral, podendo também ter outras localizações, como os joelhos ou os tornozelos, dependendo da área do corpo afetada e da

atividade de risco desenvolvida pelo trabalhador. A terminologia utilizada para definir o problema de saúde mais comum relacionado com a atividade profissional, varia nos diferentes países, sendo os mais recorrentes: “*Cumulative Trauma Disorders*” (CTD) nos Estados Unidos, “*Occupational Overuse Syndrome*” (OOS) na Austrália, “*Lésions Attribuables au Travail Répétitif*” (LATR) na França e no Canadá e “*Work Related Musculoskeletal Disorders*” (WMSDs), termo cada vez mais utilizado internacionalmente. Em Portugal é comum encontrarem-se vários autores que utilizam diferentes terminologias para designar a problemática das alterações que ocorrem no organismo humano como consequência do trabalho executado, nomeadamente: Lesões por Esforços Repetitivos (LER); Perturbações Musculoesqueléticas (PME); Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (DORT); Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), entre outras. Para esta investigação foi adotado a designação Perturbações Musculoesqueléticas, dado que é o termo utilizado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.

- SINTOMAS

Conforme Portugal, MS, DGS (2008, p. 11), as PME caracterizam-se por sintomas como: a dor, a maior parte das vezes localizada mas que pode irradiar para áreas corporais; a sensação de dormência ou de “formigueiros” na área afetada ou em área próxima; a sensação de peso; fadiga ou desconforto localizado e sensação de perda ou mesmo perda de força. Esta sintomatologia, na maioria dos casos, surge gradualmente, com agravamento no final do dia de trabalho ou durante os períodos de trabalho mais intensos, com alívio nas pausas, no repouso e nas férias. A permanência dos sintomas encontra-se dependente da manutenção da exposição aos fatores de risco. Os sintomas, que inicialmente são intermitentes, tornam-se gradualmente persistentes, mantendo-se mesmo nos períodos de repouso e prolongando-se muitas das vezes durante a noite, o que interfere não só com a capacidade de trabalho, mas também, com as atividades do dia-a-dia. O edema da zona afetada, a hipersensibilidade a todos os estímulos (como por exemplo, o “toque”, o esforço mesmo que ligeiro) e as diferenças de temperatura, são já o resultado da cronicidade das situações clínicas iniciais.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (AIED, 2009, p. 1), refere que os sintomas clínicos relacionados com as PME incluem: sintomas locais de dor ou dor disseminada e persistente, dolorimento, irritação neural periférica, fraqueza, movimento limitado e rigidez. Esta sintomatologia aumenta progressivamente com maior lesão tissular e inflamação, com um aumento nos sítios anatómicos afetados, com a exacerbação do

estresse pessoal ou relacionado ao trabalho (ex. controle deficiente sobre próprio trabalho, dificuldade nos relacionamentos e pressão de tempo) e apresenta flutuação diurna, isto é, inicialmente os sintomas desaparecem com o cessar do trabalho (entre turnos, durante os finais de semana e férias) no entanto, se persistir a exposição e a lesão tissular progredir, os sintomas podem ser insuficientemente aliviados pelo repouso, o que pode desenvolver uma dor constante. Este tipo de dor tem ainda como aspeto clínico, a diminuição da velocidade da condução neural num nervo periférico envolvido. A dor musculosquelética, pode ser aguda ou crónica, focal ou difusa, em tecidos musculosqueléticos ou neurais associados e é uma consequência conhecida do esforço repetitivo, do uso excessivo e de distúrbios musculosqueléticos relacionados ao trabalho. A sua fisiopatologia não é completamente esclarecida, porém estão implicadas a inflamação, fibrose, degradação tissular, neurotransmissores e distúrbios neuro-sensitivos. Segundo ainda a AIED (2009, p. 1):

- A dor musculosquelética por uso excessivo afeta 33% dos adultos e é responsável por 29% de absentismo do trabalho por doença;
- A dor lombar baixa é a condição mais prevalente e mais comumente relacionada ao trabalho na sociedade ocidental;
- Enquanto as taxas de incidência por lesão devido ao esforço excessivo por levantamento de peso é 1,3 vezes maior nos homens, nas mulheres as taxas mais altas nas seguintes condições são: 3,0 vezes maior para a síndrome de túnel de carpo, 2,3 vezes maior para a tendinite e 2,0 vezes maior para as lesões causadas por movimentos repetitivos;
- O impacto económico da dor musculosquelética ocupa o segundo lugar em relação a doença cardiovascular.

Segundo Logen (2003, p. 39 e 40), a manifestação das PME pode alterar a capacidade sensorial do indivíduo, ao desenvolver parestesias, hipoestésias, ou até anestésias, locais ou segmentares, comprometendo toda a condição fisiológica de perceção de estímulos, através do comprometimento da sensibilidade propriocetiva ou profunda, da sensibilidade discriminativa, da alteração do tato, da perceção de vibrações, da sensibilidade fina, da captação de variações de temperatura e da redução da potencialidade dos nociceptores, que têm a função de informar o sistema nervoso central da presença de estímulos nocivos. O mesmo autor refere ainda que no aspeto motor, além dos movimentos perturbados pelos sintomas dolorosos e pelo processo inflamatório, que pode estar presente, existe a redução da resistência muscular ao trabalho e consequentemente da resistência à fadiga. A motricidade fina, influenciada pelas reduções sensoriais e associadas às restrições de resposta do aparelho musculosquelético, pode também ser afetada. Estas

manifestações relacionadas com as PME, reduzem os potenciais quantitativos e qualitativos de trabalho.

- ESTÁDIOS E CARACTERÍSTICAS

De acordo com Nicoletti (1996), Miranda (1998) e Oliveira (1998), citado em Cordeiro (2015, p. 34) o processo de evolução dos sintomas pode ser dividido em quatro estádios:

**Estádio I:** o doente apresenta sensação de peso e desconforto na zona afetada, com dor espontânea. Sem sinais inflamatórios, sem irradiação de dor, melhora com o repouso e apresenta bom prognóstico;

**Estádio II:** a dor é mais intensa e persistente, aparecendo durante as horas de trabalho de forma intermitente, sendo tolerável. Porém, tem como consequência a queda de produtividade. A sua recuperação demora mais, mesmo em repouso, podendo ser acompanhada da sensação de formigamento e calor, com ligeiros distúrbios de sensibilidade. O prognóstico é favorável;

**Estádio III:** a intensidade da dor aumenta de forma persistente. O edema e as alterações de sensibilidade encontram-se presentes, sendo comum a ocorrência de dor noturna. O sistema nervoso autónomo poderá sofrer alterações, provocando palidez e sudorese. Assim, a produtividade é afetada, conduzindo muitas vezes à impossibilidade da concretização das tarefas, sendo o prognóstico reservado;

**Estádio IV:** a dor é contínua e intolerável. O edema torna-se persistente, sendo a atrofia e as deformidades características deste estádio. Para complementar este quadro poderão surgir alterações a nível do perfil psicológico. Sendo a capacidade de trabalho anulada, tornando o indivíduo incapacitado, o prognóstico é desfavorável.

Segundo Portugal, MS, DGS (2008, p. 12) as PME podem ser agrupadas de acordo com a estrutura afetada:

- Tendinites ou tenossinovites – lesões localizadas ao nível dos tendões e bainhas tendinosas (ex. tendinite do punho, epicondilite, quistos das bainhas dos tendões);
- Síndromes canaliculares – quando há lesão de um nervo (ex. síndrome do túnel cárpico);
- Raquialgias – quando há lesão osteoarticular e/ou muscular ao longo de toda a coluna vertebral ou em alguma parte desta;

- Síndromes neuro-vasculares – quando há lesão nervosa e vascular em simultâneo.

Putz-Anderson (1988) citado por Serranheira et al. (2005, p. 65) agrupa-as em três categorias, concretamente as lesões localizadas ao nível de tendões e bainhas, as lesões dos nervos e as lesões neuro-vasculares.

### 1.1. LEGISLAÇÃO E NORMALIZAÇÃO

A comunidade europeia tem definido os princípios e componentes basilares da estratégia de prevenção das PME, apresentando as principais componentes nas diretivas europeias, na regulamentação dos Estados-Membros e nos guias de boas práticas. Estas diretivas são completadas por uma série de normas europeias (as chamadas normas EN) que especificam os pormenores ou definem as modalidades de execução das diretivas. Estas diretivas são transpostas pelos estados membros para a legislação nacional. Em Portugal, encontram na Lei 102/2009 o principal documento guia. As principais diretivas europeias relevantes para a prevenção das lesões musculoesqueléticas estão descritas na tabela 1:

Tabela 1 – Principais diretivas de aplicação europeia para a prevenção das PME

Diretivas Europeias	Tema
Diretiva 89/391/CEE	Relativa às medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho.
Diretiva 89/654/CEE	Relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde nos locais de trabalho.
Diretiva 89/655/CEE	Relativa à adequação dos equipamentos de trabalho.
Diretiva 89/656/CEE	Relativa à adequação dos equipamentos de proteção individual.
Diretiva 90/269/CEE	Relativa à identificação e prevenção dos riscos da movimentação manual de cargas.
Diretiva 90/270/CEE	Relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde respeitantes ao trabalho com equipamentos dotados de visor.
Diretiva 93/104/CE	Relativa à organização do tempo de trabalho.
Diretiva 98/37/CE	Relativa às máquinas.
Diretiva 2002/44/CE	Relativa à identificação e prevenção dos riscos devidos a vibrações.

Fonte: Adaptada de Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2007a). *Introdução às lesões musculoesqueléticas*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/71>

Relativamente ao Decreto Regulamentar nº 76/2007, que altera o Decreto Regulamentar nº 6/2001, que por sua vez aprova a lista das doenças profissionais e respetivo índice codificado, nomeadamente os capítulos 3º e 4º da lista das doenças

profissionais, estando entre elas o grupo de doenças profissionais do aparelho locomotor relacionadas com o trabalho (tabela 2).

Tabela 2 – Doenças do aparelho locomotor relacionadas com o trabalho

Designação	Fatores de Risco	Código	Prazo indicativo
Artrose do cotovelo com sinais radiológicos de osteofitose;	Vibrações		5 Anos
Osteonecrose do semilunar (doença de Kienböck);	Vibrações	44.01	1 Ano
Osteonecrose do escafóide cárpico (doença de Köhler)	Vibrações		1 Ano
Radicalgia por hérnia discal (de L2 a S1) com lesão radicular de topografia concordante (pressupõe-se um período mínimo de exposição de 5 anos)	Vibrações	44.02	6 Meses
Bursite (fase aguda ou crónica) olecraniana ou acromial	Posturas	45.01	3 Meses
Tendinites, tenossinovites e miotenossinovites crónicas, periartrose da escápulo-humeral, condilite, epicondilite, epitrocleíte e estiloidite	Ritmo dos movimentos Força	45.02	3 Meses
Síndrome do túnel cárpico			30 Dias
Síndrome do canal de Guyon	Força		30 Dias
Síndrome da goteira epitrocleolecraneana (compressão do nervo cubital)	Posturas	45.03	30 Dias
Síndrome do canal radial	Ritmo de trabalho		30 dias
Outras síndromes paréticas ou paralíticas dos nervos periféricos			90 dias
Lesão de menisco (pressupondo um período mínimo de exposição de 3 anos)	Posturas	45.04	3 meses

Fonte: Adaptada de Decreto-Regulamentar nº 76/2007. (2007, Julho 17). Procede à alteração dos capítulos 3.º e 4.º da lista das doenças profissionais publicada em anexo ao Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio [Portugal]. Diário da República, 1 (136), pp. 4499-4543. Acedido em <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2007/07/13600/0449904543.pdf>

Relativamente ao processo de decisão sobre a origem profissional das PME, Portugal, MS, DGS (2008, p. 25 e 26) estabelece que perante um caso identificado e tendo em conta a sintomatologia, tem-se em conta um procedimento baseado em quatro momentos: **(1)** verificar se os sintomas começaram, recidivaram ou agravaram após o início do trabalho atual; **(2)** verificar se o trabalhador está exposto a fatores profissionais de risco conhecidos como estando associados a PME localizada; **(3)** analisar a possibilidade de origem não ocupacional dos sintomas e **(4)** decidir sobre o respetivo nível de relação com o trabalho. Diagnosticada a lesão e estabelecida a sua relação com o trabalho, presumindo-se como doença profissional, é importante que o médico faça a sua declaração ao Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais (CNPCRP), de modo a que o trabalhador possa ser avaliado e ressarcido por eventuais danos.

## 1.2. CUSTOS

Os custos associados às PME podem ser divididos em custos diretos e indiretos. Os custos diretos referem-se às indemnizações pagas aos trabalhadores que sofrem de PME enquanto os custos indiretos dizem respeito à diminuição da produtividade, substituição dos trabalhadores e formação dos trabalhadores substitutos (Santos, 2009, p. 21 e 22). Os custos diretos podem representar de 30% a 50% dos custos totais, no entanto, os custos indiretos, muitas vezes menosprezados relativamente aos diretos, podem ser muito superiores a estes (Hagberg et al., 1995, citado em Santos, 2009, p.22).

As perturbações musculosqueléticas relacionadas com o trabalho são um motivo de preocupação não só por causa dos efeitos na saúde dos trabalhadores individuais, mas também por causa do impacto económico sobre as empresas e os custos sociais para países europeus. Estima-se que os custos associados às PME possam variar entre 0,5% a 2% do produto interno bruto. O absentismo laboral causado pelas PME é confirmado pelos vários estudos a nível europeu e a nível nacional dos diferentes estados membros (AESST, OER, 2010, p 18).

Refere ainda a OIT (2013, p. 6 e 7), que os custos referentes às doenças profissionais são enormes, podendo levar os trabalhadores e suas famílias à situação de pobreza, a reduzir a produtividade e a capacidade de trabalho, com consequências também avultadas para os gastos em cuidados de saúde. A mesma entidade estima que as doenças profissionais resultam numa perda anual de 4% do produto interno bruto (PIB) mundial. A Comissão Europeia, DGEASI (2012, p.108), refere que, para além dos efeitos na saúde dos trabalhadores, do impacto económico e redução da rentabilidade das empresas, os custos sociais das PME para alguns dos países europeus são responsáveis por 40% dos custos das compensações pagas aos trabalhadores, chegando a atingir 1,6% do PIB do próprio país.



## **2. AS PERTURBAÇÕES MUSCULOSQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE**

Aproximadamente 10% dos trabalhadores da União Europeia trabalham no sector da saúde e da proteção social, o que o torna num dos maiores sectores da Europa (AESST, OER, 2014, p. 2). O “*Health and Safety Executive*” do Reino Unido, refere que um em cada quatro enfermeiros já teve de se ausentar por doença devido a uma lesão dorso-lombar sofrida no trabalho e que anualmente são comunicadas mais de 5 000 lesões causadas por movimentação manual de cargas nos serviços de saúde, onde cerca de metade destas lesões ocorre durante a movimentação dos doentes. O pessoal auxiliar também pode sofrer lesões relacionadas com a movimentação manual de cargas. As tensões e os esforços resultantes de posições incómodas ou estáticas durante o tratamento dos doentes também podem originar problemas. Alguns trabalhadores podem ter de adotar e manter posições incómodas no exercício das suas funções (Comissão Europeia, DGEASI, 2012, p. 108).

### **2.1. A PROFISSÃO DE TRABALHADORES DE CUIDADOS PESSOAIS**

A literatura tem vindo a caracterizar este tipo de cuidadores formais através de múltiplas limitações e constrangimentos (Pereira, 2014, p. 7), embora haja também estudos que apontam satisfação, realização no trabalho e bem-estar psicológico nomeadamente entre cuidadores de Centros Sociais (Baldelli, Boiardi, Fabbo, SantoPuoli & Neri, 2002; Pinto, 2009, citado em Pereira, 2014, p. 7). Este tipo de trabalho é desde logo considerado pouco atrativo, pois está associado a uma imagem negativa, relacionada com o esforço exigido e com a falta de atenção e desumanização que alguns cuidadores, por vezes, dão aos idosos. Quando é visto de modo positivo, implica sempre uma elevada capacidade emocional (Sousa, 2011, citado em Pereira, 2014, p. 8).

Este tipo de cuidadores é caracterizado como não possuindo vocação e qualificações profissionais exigidas pela especificidade do trabalho que desenvolvem sendo, por vezes, supervisionados por um profissional qualificado. A aprendizagem da profissão pode ficar comprometida devido à falta de acompanhamento na fase de integração na

Instituição (OMS, 2004; Sousa, 2011; Ribeiro, 2012; OMS, 2013; citado em Pereira, 2014, p. 8).

Com o aumento gradual da população idosa nas ERPI, ao serviço do cuidador formal esta inerente cada vez mais uma carga excessiva de trabalho, seja devido à escassez de recursos humanos e/ou materiais ou a condições de trabalho deficientes, o que implica que a prestação de cuidados deva ser feita num período de tempo relativamente curto e com elevadas responsabilidades. Comprometendo ainda mais as condições de trabalho, adicionam-se ainda outros fatores, tais como: o ter de trabalhar com uma liderança, que, por vezes, neste tipo de organizações é feudal; a ausência de regalias e benefícios (ex. férias pagas, seguros de saúde, programas de pensões); a fraca remuneração; a ausência de perspetivas de carreira (Pereira, 2014, p. 8). Devido a estes constrangimentos, muitos dos cuidadores não encaram a profissão como carreira e terão sentimentos negativos relativamente ao estatuto e imagem social da sua profissão, que não é socialmente valorizada (Sousa, 2011, citado em Pereira, 2014, p. 8), o que pode levar à desmotivação com a conseqüente falta de qualidade dos cuidados, através de comportamentos e atitudes mais ou menos conscientes que influenciam a qualidade de vida dos idosos. Por isso, é comum entre os cuidadores verificar-se absentismo, baixas, queixas e indemnizações (OMS, 2001; Sousa, 2011; Figueiredo et al., 2012, citados em Pereira, 2014, p. 8).

Segundo Sousa (2011) citado por Pereira (2014, p. 9), a insatisfação, instabilidade profissional e a desmotivação dos cuidadores de idosos explicam-se através de um conjunto de fatores: a ausência de formação, a inexistência de programas de orientação e tutoria no trabalho, a fraca supervisão, a nula participação no planeamento dos cuidados, ausência de feedback e comunicação sobre as tarefas e as fracas ou nulas oportunidades de desenvolvimento profissional. Fatores estes que também explicam o desempenho deficiente e a desumanização nas relações pessoais e profissionais.

A designação do grupo profissional de trabalhadores que exerce a sua ação nas ERPI, depende da natureza da entidade patronal. Na União das Misericórdias são usadas as designações "Auxiliar de Lar" e "Auxiliar de Centro de Dia", nas restantes IPSS é usada a designação "Ajudante de Ação Direta"; nas instituições públicas a designação usada é "Assistente Operacional". Segundo Portugal, INE (2011, p. 283), ao trabalhador de cuidados pessoais,

“Compreende as tarefas e funções do auxiliar de saúde, ajudante familiar e outros trabalhadores dos cuidados pessoais e similares nos serviços de saúde, com especial incidência no fornecimento de cuidados pessoais e assistência, apoio na mobilidade e atividades diárias de pacientes, pessoas idosas e incapacitadas, em instalações de saúde e residências.”

Na classificação Portuguesa das Profissões 2010, apresentadas por Portugal, INE (2011, p.283), estão descritas as tarefas e funções dos seguintes profissionais:

#### **Auxiliar de Saúde**

- Fornecer cuidados, apoio e tratamento (higiene pessoal, alimentação, vestir, mobilidade física, comunicação, tomar medicamentos, etc.) a pacientes e residentes em estabelecimentos de saúde, de reabilitação e de cuidados continuados, de acordo com o plano estabelecido;
- Posicionar, levantar e virar pacientes e transportá-los em cadeiras de rodas ou macas;
- Manter normas de higiene no ambiente do paciente (limpar quartos e mudar roupa de cama);
- Fornecer massagens e outras medidas não farmacológicas de alívio da dor;
- Observar condições, respostas e comportamentos de pacientes e reportar alterações aos profissionais de saúde.

#### **Ajudante Familiar**

- Apoiar utentes nas necessidades individuais e terapêuticas (higiene pessoal, alimentação, vestir, mobilidade física, comunicação, tomar medicamentos, etc.) normalmente a partir dum plano estabelecido por um profissional de saúde;
- Manter registos dos utentes (cuidados prestados, respostas aos tratamentos, etc.) e reportá-los aos profissionais dos serviços sociais ou de saúde;
- Posicionar e levantar utentes com dificuldades de mobilidade e ajudar a transportá-los em cadeiras de rodas ou veículos automóveis;
- Fornecer aos utentes e famílias apoio afetivo, informativo e aconselhamento sobre nutrição, higiene, exercício e adaptação à incapacidade ou doença;
- Manter condições de higiene do utente (mudar roupa de cama, lavar vestuário, limpar a casa, etc.);
- Assegurar apoio psicológico aos utentes através da conversação ou leitura;
- Planear, comprar, preparar ou servir refeições nutricionais e dietas prescritas;
- Prestar apoio aos pais e cuidados aos recém-nascidos no período pós-parto;
- Marcar e acompanhar os utentes a consultas médicas ou a outros profissionais de saúde.

### **Outros trabalhadores dos cuidados pessoais e similares nos serviços de saúde**

- Limpar e esterilizar instrumentos e outros materiais farmacêuticos, cirúrgicos e dentários;
- Etiquetar (medicamentos e outras preparações farmacêuticas) e repor stocks;
- Levantar e deslocar pacientes e transportá-los em cadeiras de rodas ou macas;
- Preparar pacientes para exames ou tratamentos;
- Colocar instrumentos em tabuleiros, preparar materiais e assistir dentistas ou radiologistas, durante os tratamentos ou exames;
- Revelar raio-X.

Segundo o Decreto-Lei nº 414/99, ao **ajudante de ação direta** compete trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que, de acordo com a programação previamente determinada, executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Recebe os utentes e faz a sua integração ao longo dos primeiros dias de estada, indicando-lhes os locais que estarão ao seu dispor na sua vivência diária (quarto, enfermaria, salas de estar, refeitório, espaços livres, jardins, etc.);
- b) Executa tarefas várias relacionadas com a alimentação, quer nos quartos, quer nas salas de refeição, recebendo os carros que previamente enviou para a cozinha, com as marmitas e outros apetrechos, empratando os alimentos segundo as dietas prescritas pelo dietista e tendo em atenção as quantidades face aos hábitos alimentares dos utentes;
- c) Assegura a sua alimentação regular, auxiliando-os nos seus movimentos, incentivando-os diretamente quando necessário, tendo em atenção fatores vários, como a mobilidade e o cansaço;
- d) Após a refeição, recolhe as marmitas e outros utensílios e, eventualmente, lava-os na copa de modo a manter as melhores condições de higiene e evitar transmissão de doenças;
- e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes, lavando-os, quer deitados, quer nas casas de banho, tendo em atenção o seu estado físico/psíquico e outras características individuais e sociais, podendo, eventualmente, aplicar cremes medicinais, pó de talco e executar pensos simples;
- f) Substitui as roupas de cama e o vestuário, acondicionando-os para posterior transporte em carro para a lavandaria;

- g) Controla e entrega na lavandaria as roupas sujas;
- h) Faz a gestão dos stocks das roupas de cama e da casa de banho dos utentes, requisitando-as com a devida antecedência, tendo em atenção as características destes, o tempo e outros fatores;
- i) Recebe e controla na rouparia as roupas lavadas de acordo com a requisição e arruma-as devidamente nos roupeiros da respetiva enfermaria;
- j) Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto dos utentes;
- k) Procede ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;
- l) Acompanha-os nas idas e vindas aos hospitais ou outros centros de tratamento;
- m) Colabora na montagem das exposições dos trabalhos dos utentes, na venda dos respetivos trabalhos, bem como nas decorações aquando de festas;
- n) Colabora na compra de vestuário, calçado e outros utensílios de uso, escolhendo ou dando informações sobre as características dos utentes (físicas, psíquicas e sociais);
- o) Ajuda a fazer as malas, cuidando que detenham roupas e utensílios pessoais nas quantidades necessárias para o período de ausência;
- p) Providencia pela manutenção das condições de higiene e salubridade dos quartos, corredores e salas de lazer;
- q) Mantém em bom estado de conservação o material a seu cargo;
- r) Pode, por vezes, administrar medicamentos, nas horas prescritas e segundo instruções recebidas.

Em Portugal, são vários os contextos onde os cuidadores de idosos podem atuar, sendo a resposta social ERPI, um desses contextos. De acordo com Portugal, MESS, GEP (2014, p. 63), ERPI é a nova denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo as designações lar de idosos e residência para idosos. Considera-se ERPI, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem, podendo a estrutura residencial assumir uma das seguintes modalidades de alojamento:

- ✓ Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias;

- ✓ Quartos;
- ✓ Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

## 2.2. CONTRIBUTOS DA ERGONOMIA PARA A COMPREENÇÃO DO TRABALHO

Segundo Renner (2005), citado em Cordeiro (2015, p. 42), a ergonomia é uma ciência que tem por objetivo a melhoria no ambiente de trabalho com vista à saúde e produtividade dos trabalhadores, através da adaptação do trabalho ao ser humano. Pheasant (2003), citado em Santos (2009, p. 8), define a ergonomia como sendo a ciência do trabalho: das pessoas que o executam e das formas como ele é executado; as ferramentas e o equipamento usado; os postos de trabalho e os aspetos psicossociais da situação de trabalho. Já a Associação Internacional de Ergonomia (AIE, 2016), define ergonomia como sendo:

“a disciplina científica relacionada com a compreensão das interações entre seres humanos e outros elementos de um sistema, e a profissão que aplica teoria, princípios, dados e métodos para projetar a fim de otimizar o bem-estar humano e o sistema global desempenho. Praticantes de ergonomia e ergonomistas contribuem para a conceção e avaliação de tarefas, trabalhos, produtos, ambientes e sistemas, a fim de torná-los compatíveis com as necessidades, habilidades e limitações das pessoas.”

A ergonomia visa assim, assegurar a melhor adaptação de uma situação de trabalho ao trabalhador e à tarefa que ele realiza, de acordo com critérios de segurança e saúde. A ergonomia promove uma abordagem holística onde são tidos em consideração os fatores físicos, cognitivos, sociais, organizacionais, ambientais e outros relevantes (AIE, 2016), apresentando assim várias áreas de intervenção (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores da ergonomia

Área	Objetivos	Temas relevantes
<b>Cognitiva</b>	Interessa-se pelos processos mentais como a percepção, memória, raciocínio e resposta motora, na medida em que estes afetam as interações entre os seres humanos e os outros elementos componentes de um sistema.	Carga de trabalho mental Tomada de decisões Interação homem-máquina Fiabilidade humana Estresse laboral
<b>Física</b>	Interessa-se pelas características anatómicas, antropométricas, fisiológicas e biomecânicas humanas, quando relacionadas com a atividade física	Posturas de trabalho Movimentos repetitivos Manipulação manual de cargas Lesões músculo esqueléticas Desenho dos postos de trabalho Segurança e saúde laboral
<b>Organizacional</b>	Interessa-se pela otimização de sistemas sociotécnicos, incluindo estruturas organizacionais, políticas e processos.	Comunicação Gestão de recursos humanos Desenho de tarefas Turnos de trabalho Organização do trabalho
<b>Participativa</b>	Diz respeito ao envolvimento dos trabalhadores na implementação de procedimentos ergonómicos no posto de trabalho.	Participação dos trabalhadores Base forte de gestão Abordagem passo-a-passo

Fonte: Adaptada de Associação Internacional de Ergonomia. (2016). Acedido em <http://www.iea.cc/whats/index.html> e Serranheira, Sousa-Uva, A. & Leite, E. (2012). Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: Contributos da abordagem participativa da ergonomia. Sociedade Portuguesa Medicina no Trabalho, 8, 23-46. Acedido em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st8/02.pdf>

As principais correntes da ergonomia são a anglo-saxónica e a europeia.

A corrente anglo-saxónica, também designada da ergonomia dos fatores humanos, é a mais antiga e também a mais disseminada, sendo considera a ergonomia da *"utilização das ciências para melhorar as condições de trabalho humano"* (Montmollin, 1990) citado em Lima (2006, p. 74). Esta corrente privilegia os estudos efetuados em meio laboratorial para a conceção de dispositivos técnicos, utilizáveis pelo maior número de pessoas, colocando assim a sua ênfase no conhecimento aprofundado das características e funcionamento do organismo humano para melhor lhe adaptar as máquinas e ferramentas. São exemplos de estudos efetuados no âmbito desta corrente:

- **Estudo das características antropométricas** - A altura, o peso, as medidas dos diferentes segmentos corporais, os diâmetros, as distâncias de alcance, entre outros. Conjunto de dados estes importantes para conceber locais de trabalho, ferramentas ou outro tipo de utensílios de uso generalizado, adaptados à população-alvo;
- **Estudo das características relacionadas com o esforço muscular** – O conhecimento do funcionamento do músculo e a utilização do consumo energético e da frequência cardíaca como índices de gasto energético, irão permitir avaliar melhor a carga física de trabalho;

- **Estudo das características ligadas à influência do meio ambiente** – O conhecimento dos diferentes fatores de risco ambientais, tais como: o ruído, a temperatura, a humidade, a iluminação, os gases, as poeiras, etc., permitirá fixar valores limite de exposição e conceber medidas individuais ou coletivas de proteção, prevenindo quer doenças profissionais quer acidentes de trabalho;
- **Estudo das características dos ritmos circadianos** – O conhecimento dos ritmos que regulam a atividade biológica do Homem no decurso das 24 horas, em particular as alternâncias dos estados acordado-adormecido e a influência que estes têm sobre o sono e sobre o estado geral de saúde da pessoa, permitirá conhecer melhor os riscos do trabalho por turnos;
- **Estudo sobre as características psicofisiológicas** – O conhecimento, por exemplo, da atividade visual e da perceção visual são importantes para a conceção de instrumentos de sinalização e medida ou de equipamentos de tratamento de informação (Lima, 2006, p. 74 a 76).

Embora esta corrente da Ergonomia, no alvo da sua intervenção, conceba dispositivos ou condições que permitem evitar uma série de constrangimentos para os trabalhadores, revestindo-se de grande importância para o ergonomista e organizações, não é o suficiente para garantir as melhores condições de trabalho, sendo também de elevada importância conhecer a situação em que esses equipamentos vão ser utilizados, efetuando assim uma intervenção global de modo a contemplar todos os fatores presentes para determinar as melhores condições de trabalho. Foi de forma a complementar esta linha de pensamento que surgiu a segunda corrente da ergonomia, a corrente europeia, denominada de ergonomia da atividade humana. Verifica-se que esta corrente da ergonomia se apoia na análise do trabalho real para a conceção e/ou transformação dos sistemas de trabalho, preocupando-se com o estudo específico do trabalho humano com o objetivo de o melhorar. Caracteriza-se pela aplicação de métodos próprios de análise do trabalho (Lima, 2006, p. 75 e 76).

Enquanto, a corrente ergonómica anglo-saxónica analisa cada problema separadamente para conseguir conceber o equipamento, instrumento ou local de trabalho mais adequado à maioria das pessoas, a corrente europeia, considera cada caso como um caso particular, integrando cada elemento do sistema numa análise global da atividade do operador, intervindo assim sobre a organização do trabalho. Estas duas correntes da ergonomia não são de forma alguma contraditórias, antes pelo contrário, a maneira como analisam, transformam ou concebem os locais de trabalho e seus equipamentos, complementam-se (Lima, 2006, p. 76).

### 2.3. FATORES DO CONTEXTO DE TRABALHO QUE CONDICIONAM A SAÚDE DO TRABALHADOR

De acordo com Dejours (2011), citado em Costa (2015, p. 34 e 35), o trabalho nunca é neutro, pois ou joga a favor da saúde ou, pelo contrário, contribui para a sua destabilização, levando o sujeito à descompensação, o que implica que este tenha ainda uma função psíquica, representando um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e da sua rede de significados, podendo ser visto, como um fator crucial à saúde e bem-estar do indivíduo, através do estabelecimento de ligações com os outros, da produção de algo no mundo. O trabalho pode ser entendido como fonte de sofrimento, frustração, sentimento de injustiça e, eventualmente, de patologia, quando a relação trabalho e saúde não é equilibrada.

Um fator de risco é algo do trabalho que pode provocar um efeito adverso. A exposição ao fator de risco só por si pode ou não causar doença ou lesão, dependendo de vários outros fatores adicionais: duração, frequência e intensidade (Portugal, MS, DGS, 2008, p. 15). Segundo a AESST (2007a, p.1), são vários os grupos de fatores que podem contribuir para a manifestação das perturbações musculoesqueléticas, podendo exercer uma ação separadamente ou combinados: fatores físicos e biomecânicos, fatores organizacionais e psicossociais e fatores individuais e pessoais.

- **Fatores físicos e biomecânicos**

De acordo com a AESST (2007a, p.1), os fatores físicos e biomecânicos reportam-se para: aplicação de força, movimentos repetitivos, posturas forçadas ou estáticas, compressão localizada exercida por ferramentas ou superfícies, vibrações, frio ou calor excessivos, iluminação deficiente e elevados níveis de ruído suscetíveis de causar tensão física.

Os **agentes físicos** são aqueles que produzem efeitos adversos na saúde através da transferência de energia física, apresentando-se como os mais comuns nos locais de trabalho: as temperaturas extremas, o ruído, a pressão, as vibrações, as radiações e a iluminação, podendo provocarem diferentes formas de traumatismo de tecidos, como por exemplo, o golpe de frio e o golpe de calor, a perda de audição, o enjoo das radiações, as cefaleias e desconforto por iluminação desadequada e distúrbios orgânicos e musculoesqueléticos devido às vibrações (Nunes, 2006, citado em Costa, 2015, p. 39).

Sluiter et al. (2001) citado em Serranheira et al. (2005, p. 63), defende que a **postura** é um fator de risco das PME, quando é ultrapassada pelo menos metade da amplitude de movimento da articulação envolvida na atividade, quando verificada habitualmente por mais de duas horas num período de trabalho diário de oito horas.

A **repetitividade** é considerada quando a realização de movimentos idênticos é realizada mais de duas a quatro vezes por minuto em ciclos de trabalho inferiores a trinta segundos ou realizados durante mais de quatro horas, no total de um dia de trabalho (Serranheira et al., 2005, p. 63).

A **força** relaciona-se com a intensidade e tempo em que é aplicada e os respetivos períodos de recuperação, particularmente em ações de trabalho predominantemente estáticas. A manipulação de carga superior a 4kg ao nível do membro superior já se considera força elevada (Bukle, Devereux, 1999, citado em Serranheira et al., 2005, p. 63).

- **Fatores organizacionais e psicossociais**

Estes fatores têm contemplado designadamente: trabalho exigente, falta de controlo sobre as tarefas executadas, baixo nível de autonomia e de satisfação com o trabalho, trabalho monótono, repetitivo, executado a um ritmo rápido, falta de apoio por parte dos colegas, dos supervisores e das chefias (AESST, 2007a, p.1).

Quanto aos riscos psicossociais, AESST (2007b, p.1), refere que,

“O mundo do trabalho está a passar por transformações, que implicam novos desafios em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores. Estas transformações levam ao surgimento de riscos psicossociais. Esses riscos, que estão relacionados com a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido, bem como com o seu contexto económico e social, suscitam um maior nível de stresse e podem originar uma grave deterioração da saúde mental e física.”

Os riscos psicossociais são os riscos para a saúde originados pelas condições de trabalho e por fatores organizacionais e relacionais através de mecanismos sociais e psíquicos. Os riscos psicossociais podem ser agrupados em seis dimensões: a intensidade do trabalho e o tempo de trabalho; as exigências emocionais; a insuficiência de autonomia; a má qualidade das relações sociais no trabalho (violência, assédio e intimidação); os conflitos de valores e a insegurança na situação de trabalho/emprego. Quando a relação trabalhador-trabalho não é harmoniosa, pode surgir uma resposta psicossocial adversa, que se pode assumir de várias formas, sendo as mais comuns: a síndrome de “*Burnout*”, caracterizada por um estado depressivo e uma fadiga extrema; o stresse e a hiperatividade, relacionadas com a sobrecarga de trabalho, geralmente exprimem-se através da síndrome depressiva ou distúrbios da memória e de pensamento; as patologias consequentes às

manifestações de violência, como por exemplo, as afeções pós-traumáticas e as patologias decorrentes do assédio moral (Gollac e Bodier, 2011, citado em Costa, 2015, p. 39).

Num relatório conjunto entre a AESST e a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND) foi relatado que na Europa, 25% dos trabalhadores dizem sofrer de **stresse** no trabalho durante a maior parte ou a totalidade do seu horário laboral. Uma percentagem semelhante relata que o trabalho afeta negativamente a sua saúde. Os riscos psicossociais contribuem para estes efeitos adversos do trabalho (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho [AESST, EUROFOUND], 2014, p. 1).

A AESST (2014), define o stresse como sendo “uma reação da nossa mente e do nosso corpo a uma situação avassaladora”, que pode levar ao esgotamento, ansiedade, depressão e sintomas como tensão alta, insónias, problemas de estômago e dores nas costas. Refere ainda que os trabalhadores atribuem como causas do stresse no local de trabalho: reorganização do trabalho ou precariedade profissional (72%), carga de trabalho excessiva (66%) e comportamentos inaceitáveis como a intimidação ou o assédio (59%). Metade dos trabalhadores, referem ainda não haver gestão do stresse no local de trabalho.

Segundo ainda a mesma organização europeia, com base nos resultados do quarto inquérito sobre as condições de trabalho, identificou os dez riscos psicossociais emergentes: contratos precários no contexto de um mercado de trabalho instável; maior vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto da globalização; novas formas de contrato de trabalho; sentimento de insegurança no emprego; mão-de-obra em envelhecimento; horários de trabalho longos; intensificação do trabalho; fraca produção e externalização; exigências emocionais elevadas no trabalho e difícil conciliação entre a vida profissional e a vida privada (AESST, 2007b, p.1).

Citando a Comissão Europeia, DGEASI (2012, p. 173), os fatores de risco psicossociais podem surgir em todos os grupos profissionais do setor da saúde, incluindo:

- A pressão do tempo;
- Estruturas hierárquicas rígidas;
- Falta de gratificação e recompensa;
- Liderança pessoal inadequada;
- Falta de informações relevantes;
- Falta de apoio dos quadros de gestão;
- Esforços relacionados com o trabalho (trabalho por turnos, trabalho noturno, horários irregulares);

- Conflitos sociais, assédio, coação, violência e discriminação;
- Dificuldades no domínio da comunicação e da interação, incluindo a incapacidade de compreender a linguagem corporal;
- Organização do trabalho não ideal (disposições relativas ao horário de trabalho).

A mesma entidade refere ainda que os fatores de stresse do dia-a-dia no local de trabalho têm, quase sempre, mais importância na génese do stresse do que os acontecimentos negativos raros e de grande dimensão. Refere ainda os fatores de stresse suscitados pelo trabalho na saúde: exigências qualitativas e quantitativas excessivamente rigorosas (residentes, quadros clínicos); pressão do tempo e dos prazos; sobrecarga de informação; instruções de trabalho contraditórias provenientes dos médicos, dos enfermeiros-chefes, da direção do serviço de enfermagem ou do lar; interrupções e perturbações constantes por parte dos colegas, dos doentes, dos residentes ou dos seus familiares (Comissão Europeia, DGEASI, 2012, p. 176). Enumera ainda fatores de stresse decorrentes: da função profissional (aptidão insuficiente, demasiada responsabilidade, repartição pouco clara das tarefas, falta de apoio e assistência, falta de reconhecimento); do ambiente material (influências ambientais desfavoráveis, como o ruído, as descargas elétricas, o frio, o calor e as correntes de ar, substâncias tóxicas, agentes biológicos e picadas de agulhas); sobrecarga da capacidade humana para pensar e tomar decisões, ou de assimilar e processar as informações; falta de ajudas e ambiente social (mau ambiente de trabalho; pouca ou má comunicação; conflitos com os superiores e os colegas; mudanças constantes de ambiente, de colegas e de área de trabalho; mudanças estruturais na empresa; falta de informação (por exemplo, em caso de mudança de turno); insuficiente importância dada à compatibilidade entre a vida familiar e profissional e, a falta de pessoal (Comissão Europeia, DGEASI, 2012, p. 177).

Acerca da exposição associada a lesões musculoesqueléticas e a fatores de risco psicossociais, a AESST (2005, p. 1) considera que os aspetos psicossociais desfavoráveis acentuam os efeitos dos fatores de risco físico, contribuindo para uma incidência acrescida de lesões musculoesqueléticas. A exposição combinada a lesões musculoesqueléticas e a fatores de risco psicossociais tem um efeito mais grave na saúde dos trabalhadores que a exposição apenas a um fator de risco único.

- **Fatores individuais e pessoais**

Dentro destes fatores estão nomeadamente: antecedentes clínicos, capacidade física, idade, obesidade e tabagismo (AESST, 2007a, p. 1).

Relativamente aos **antecedentes clínicos**, Serranheira et al. (2005, p. 62) sublinha que a existência de determinadas doenças crónicas (ex. hipotiroidismo, diabetes, doenças renais e do foro reumatológico) ou outros antecedentes pessoais de traumatismo, constituem situações de maior suscetibilidade individual às PME.

Alguns autores referem que apesar da **idade** ser considerada um fator de risco, poderá de facto não o ser, pois está subjacente ao envelhecimento uma diminuição da força máxima voluntária e alterações da mobilidade articular, esses sim, verdadeiros fatores de risco. A idade integra em simultâneo os riscos cumulativos do trabalho e do envelhecimento biológico, referindo neste caso, como verdadeiros fatores de risco a diminuição da força muscular e da mobilidade articular. As dificuldades da realização do trabalho e a modificação natural das características e capacidades humanas, podem gerar maior probabilidade de desenvolvimento de PME, particularmente com o envelhecimento. (Serranheira et al., 2005, p. 62; Portugal, MS, DGS, 2008, p. 18).

A prevalência das lesões aumenta com a idade e varia entre sectores económicos de atividade e profissões. Num estudo de Cunha-Miranda et al. (2010), evidenciou-se que os trabalhadores com idades próximas dos 40 anos ou inferiores, sentem mais problemas, sobretudo ao nível do segmento coluna cervical e ombros, do que os operadores com mais idade. Com a idade, os trabalhadores desenvolvem estratégias operatórias que permitem realizar o seu trabalho com menor custo, protegendo-se ergonomicamente do risco de exposição. Os mesmos autores referem ainda que existe evidência de que o trabalho penoso pode causar PME relacionadas com o trabalho e conseqüentemente resultar em absentismo laboral e incapacidade para o trabalho, bem como um decréscimo da produtividade.

O **género** costuma igualmente ser considerado como um fator de risco, contudo não existem diferenças de risco entre sexos quando são sujeitos a idênticas exposições aos diversos fatores de risco, ainda que, em média, as mulheres tenham menos força muscular (Portugal, MS, DGS, 2008, p. 18). Segundo Serranheira et al., (2005, p. 62), em alguns trabalhos de investigação sobre as PME, constata-se uma maior morbidade no género feminino. No entanto esta constatação não tem em atenção o tipo de trabalho e as condições em que as mulheres o executam, o que as coloca em situação de maior risco, sem relação ao género em si. Os supracitados autores asseguram ainda que, a maior prevalência de PME em mulheres pode dever-se a postos de trabalho menos diferenciados, mais repetitivos e com ritmos elevados. Situação que se agrava, pois à mulher acresce ainda a realização das atividades domésticas, com conseqüentes solicitações biomecânicas dos membros superiores e coluna.

- **Fatores de risco no sector da saúde e assistência social**

Num estudo realizado por Rosário e Serranheira (2006, p. 37) com o objetivo de identificar a sintomatologia musculoesquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar, procurando relações com a atividade de enfermagem, constataram uma prevalência elevada de sintomas musculoesqueléticos em diferentes zonas anatómicas nos últimos 12 meses (84%), particularmente atingindo a região lombar (65%), cervical (55%), dorsal (37%), ombros (34%) e punhos/mãos (30%). As relações identificadas entre a sintomatologia musculoesquelética e a atividade de enfermagem, prendem-se com a tipologia das atividades realizadas (ex. levantamento e transporte de cargas) nos diferentes serviços e com o aumento do número de horas de trabalho semanais.

Num relatório da ACT, foram identificados os fatores de risco capazes de originar alterações no sistema musculoesquelético, com maior relevância para as **posições incorretas e movimentação manual de cargas**. Nos fatores de risco psicossociais e organizacionais evidenciam-se: trabalho com exposição a potenciais ameaças e agressões verbais; ritmos intensos de trabalho; trabalho monótono/repetitivo; trabalho noturno e trabalho por turnos (Portugal, ACT, 2015, p. 11 e 12).

O quarto inquérito europeu sobre as condições de trabalho (2005) concluiu que no setor da saúde:

- As mulheres constituem a maioria dos trabalhadores (79%);
- As exigências diretas de outras pessoas determinam o ritmo de trabalho (80%);
- 61,8% trabalham a um ritmo muito acelerado;
- 48,7% referem ter de trabalhar em posições penosas ou fatigantes;
- 43,4% têm de levantar ou mobilizar doentes;
- 27,7% têm de transportar ou movimentar cargas pesadas;
- Quase 80% afirmam trabalhar de pé ou em andamento;
- 26,3% queixam-se de lombalgias;
- 24,3% queixam-se de dores musculares .

Salienta-se ainda que: estão igualmente em risco os trabalhadores qualificados e não qualificados; as mulheres correm mais risco do que os homens de lesões nos membros superiores e os trabalhadores mais velhos queixam-se mais frequentemente de lesões musculoesqueléticas (Comissão Europeia, DGEASI, 2012, p. 108).

Num relatório publicado pela AESST sobre as questões atuais e emergentes relativas à SST no sector da saúde é referido que os cuidados de saúde e a assistência social constituem em conjunto um dos principais sectores de atividade na Europa, tratando-se de um sector em rápida expansão, que proporcionará crescentes oportunidades de

emprego num futuro próximo, como consequência ao alargamento e desenvolvimento de serviços capazes de dar resposta ao aumento da procura tanto de cuidados de melhor qualidade como de serviços de cuidados pessoais, devido ao envelhecimento da população europeia. Apresenta ainda as questões atuais e emergentes em matéria de SST que se colocam aos trabalhadores do sector da saúde e da assistência social, bem como da forma como estas afetam a SST e influenciam a qualidade dos cuidados prestados. Salienta ainda os desafios que este sector enfrenta: a escassez de profissionais qualificados e experientes, uma força de trabalho envelhecida, a crescente utilização de tecnologias que exigem novas competências e a introdução de novas vias de cuidados de saúde destinadas a combater múltiplas doenças crónicas risco (AESST, OER, 2014, p. 6).

Devido à variedade e tipo de tarefas que executam e aos diferentes contextos onde trabalham, por vezes não controlados, os profissionais de saúde encontram-se expostos a uma vasta gama de riscos: biológicos, químicos, ergonómicos e psicossociais. Fatores esses, que se conjugam para tornar o sector da saúde e da assistência social um sector de elevado risco (AESST, OER, 2014, p. 6).

Os dados disponíveis pela EU, mostram que:

- Os trabalhadores do sector da saúde e assistência social têm a quarta maior taxa de problemas de saúde relacionados com o trabalho nos últimos 12 meses, face aos outros sectores. É o quarto sector a nível europeu com maior registo de doenças ocupacionais;
- As trabalhadoras do género feminino do sector da saúde e assistência social, são mais suscetíveis a ter um ou mais acidentes de trabalho ou a vir a sofrer uma doença profissional do que as dos outros sectores;
- A exposição a riscos biológicos e químicos é mais prevalente no sector da saúde;
- Para a suscetibilidade aos riscos relacionados com a postura, o sector da saúde destaca-se na quinta posição face aos restantes sectores;
- Os riscos psicossociais (stress relacionado com o trabalho, a violência e o assédio) são reconhecidos como os grandes desafios para a SST no sector da saúde e assistência social;
- Na avaliação dos riscos, o sector da saúde e assistência social, está um pouco acima da média europeia, embora atras de outros sectores;
- O nível de monitorização de ausência por doença no sector da saúde e assistência social é o mais elevado da EU;
- O sector da saúde e assistência social é o sector onde se evidencia uma maior preocupação face ao stresse relacionado com o trabalho, violência ou ameaça de violência (AESST, OER, 2014, p. 9 e 10).

Segundo AESST, OER (2014, p. 10 e 11), tendo como base: as estatísticas recolhidas, a revisão da literatura e as respostas ao questionário, os riscos identificados na tabela 4, foram considerados relativamente elevados no sector da saúde, sendo examinados com mais detalhe:

Tabela 4 – Identificação dos riscos para no setor da saúde

Riscos	Revisão da literatura	Respostas ao Questionário
<b>Biológicos</b>	Agentes biológicos do sangue; Agentes biológicos presentes no meio ambiente; Doenças transmissíveis.	Exposição a agentes biológicos; Contacto com agentes biológicos específicos (ex. pseudomonas, HIV); Lesões cortantes; Falta de programas de vacinação; Hospitais superlotados; Alterações das diretivas dos produtos biocidas.
<b>Químicos</b>	Exposição a químicos usados no âmbito dos cuidados de saúde, em diversas ações como por exemplo: tratamento de pacientes (ex. preparação e administração de medicamentos), no laboratório, na limpeza desinfeção e esterilização de superfícies e equipamentos.	Contacto com produtos químicos específicos (ex. drogas carcinogénicas e citostáticas, nanomateriais, desinfetantes, gases anestésicos e materiais radioativos); Alergias; Cuidados domiciliários; Falta de formação.
<b>Segurança</b>	Barulho; Radiação (ionizante e não ionizante); Escorregadelas e quedas.	Deslizes, passo em falso e quedas; Equipamento de segurança (não utilização); Exposição física a riscos específicos (ex. raios-x e radiação)
<b>Ergonómicos</b>	Elevação; Posições desconfortáveis; Movimentos repetitivos; Muito tempo na posição de sentado ou de pé.	Falta de treino; Má ergonomia, equipamento inadequado Riscos de PME por altas cargas de trabalho Mudança para os cuidados domiciliários
<b>Psicossociais</b>	Horas de trabalho; O abuso de drogas; Exigências emocionais; Fatores de risco relacionados com o Stress e “burnout” Violência e intimidação	Estresse resultante de pressão com o tempo e trabalho realizado; Falta de controlo sobre o trabalho; Clima organizacional pobre; Dificuldades na linguagem e falta de horários de trabalho ideais; Eventos emocionais; A crise económica; Violência e assédio; Multitarefa; Trabalho solitário

Fonte: Adaptada de Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, Observatório Europeu dos Riscos. (2014). Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care. doi:10.2802/33318

A AESST, OER (2014, p. 14) salienta ainda a existência de várias tendências e mudanças que têm um impacto sobre a força de trabalho e portanto, na SST dos trabalhadores no sector da saúde. As principais tendências e mudanças na Europa encontradas na revisão da literatura e apoiadas pelas respostas ao questionário incluíram:

- Alterações demográficas (envelhecimento da população paciente e da força de trabalho);
- Mudanças nos padrões familiares (diminuição da disponibilidade de cuidados informais);
- Fatores de estilo de vida (doenças crónicas como obesidade);

- Maior número de trabalhadores com uma doença crónica;
- Migração e mobilidade de emprego;
- Crise económica (falta de investimento);
- Novas tecnologias e inovações (biotecnologias, nanotecnologias, robótica, realidade virtual, desenvolvimentos em TIC);
- Globalização e crise económica (reestruturação, a insegurança no trabalho, intensificação do trabalho, diminuindo a qualidade do atendimento, mais pessoas recebendo menos cuidado, aumento no número de pacientes vulneráveis);
- Uma maior mobilidade dos pacientes;
- Diferentes condições de trabalho para os trabalhadores estrangeiros.

Face aos principais riscos emergentes e aos novos riscos identificados na revisão da literatura e nas respostas ao questionário, a AESST, OER (2014, p. 16 e 17) salienta que:

- É esperado um aumento na exposição à relativamente novos agentes químicos, tais como as nanopartículas, com consequências desconhecidas para os trabalhadores. É necessário um cuidado acrescido com estes trabalhadores e mais pesquisas sobre os efeitos destes materiais;
- A exposição a agentes biológicos pode aumentar devido a um aumento na mobilidade dos doentes. Como se espera um aumento do número de trabalhadores nos cuidados domiciliários, a exposição destes a agentes presentes nas casas dos pacientes tende a aumentar;
- A exposição ao ruído e a riscos físicos (ex. radiação) como um resultado da utilização de novas técnicas médicas pode aumentar à medida que novos dispositivos são desenvolvidos. Isso pode trazer novos riscos para os trabalhadores, sendo necessário mais investigação sobre o impacto de tal exposição;
- A barreira linguística entre os trabalhadores e entre estes e pacientes devido à imigração, pode representar um risco extra para a segurança;
- A crise económica pode aumentar o risco de falta de equipamentos, já que as organizações investem menos em manutenção, reparação ou aquisição destes;
- O aumento dos custos de cuidados em conjunto com as limitações sobre o gasto público, aumentou a pressão sobre o sistema para melhorar os serviços prestados, mantendo o foco em um alto padrão de atendimento;
- O encerramento de hospitais devido à situação económica, resultando na existência do seu menor número em estreita proximidade com os pacientes, ao qual, juntamente com a redução do número de trabalhadores, se traduz numa

maior necessidade de aumentar a eficiência do serviço, o que permite a continuidade da pressão exercida sobre os trabalhadores existentes;

- No trabalho físico, as cargas elevadas continuaram a ser um problema, tal como os seguintes fatores que contribuem para isso: a falta de dispositivos (ex. elevação) em atendimento domiciliar ou um aumento de cuidados a longo prazo para pacientes com doenças crônicas, como obesidade. A implementação crescente de ferramentas tecnológicas de informação e comunicação (TIC) também influencia os problemas físicos. Os dispositivos móveis representam outra ameaça ergonómica;
- O tempo de trabalho continuará a ser um problema se os trabalhadores tiverem de fazer mais horas (devido a altas cargas de trabalho) e, se mais trabalhadores (ex. trabalhadores domésticos e trabalhadores de cuidados domiciliários) não forem também protegidos pela legislação de SST;
- A intensificação do trabalho pode aumentar devido a restrições orçamentais, reestruturações, falta de trabalhadores, uma população maior de pacientes e maior necessidade de eficiência. A crescente utilização das TIC, um possível aumento no número de trabalhadores com mais de um emprego, a falta de trabalhadores em subsectores (ex. cuidados domiciliários) também pode ter influência na intensificação do trabalho. Devido à reestruturação no sector, a insegurança do emprego está a aumentar;
- O equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal pode continuar a ser um problema com efeitos particularmente grandes no número elevado de trabalhadores do sexo feminino no sector da saúde;
- A violência e intimidação, combinado com trabalho emocional, são ainda questões importantes na área dos cuidados de saúde. Os especialistas que fazem parte do departamento de previsões de riscos psicossociais emergentes da AESST, eram da opinião de que, embora estes riscos não sejam novos, continuam a ser uma preocupação crescente, especialmente no sector da saúde. O crescente empoderamento de pacientes só vai contribuir mais para esses riscos;
- A diretiva 2011/24/EU, sobre a aplicação dos direitos dos doentes em cuidados de saúde transfronteiriços terá um impacto negativo em alguns dos Estados-Membros da UE-28. Nesta iniciativa, embora se espera que a cooperação entre os profissionais de saúde lhes permita novas aprendizagens, prevê-se também uma variedade de potenciais efeitos sobre os trabalhadores do sector da saúde. A mobilidade dos doentes irá afetar as oportunidades de emprego e a carga de trabalho. Nos países recetores de pacientes, a capacidade terá de ser alargada,

com pessoal adicional, no entanto, com a atual escassez de profissionais de saúde (ex. enfermeiros), provavelmente significará que haverá um aumento na carga de trabalho. Além disso, esses profissionais de saúde podem vir a ser confrontados com as expectativas e atitudes diferentes das dos pacientes internos, o que poderá resultar em dificuldades comunicacionais e culturais, assédio e comportamentos violentos. Para os países que estão a perder os profissionais de saúde, os limites dos seus recursos existentes serão explorados até ao limite, resultando no esgotamento e alta rotatividade de trabalhadores;

- Com a implementação iminente de mudanças políticas que destacam um deslocamento dos cuidados institucionais para os cuidados na comunidade, mais atenção terá de ser dada à SST no sector dos cuidados de saúde. As pessoas com patologia não serão apenas vistas apenas em hospitais, mas também na assistência domiciliar e lares de idosos. A pressão vai aumentar nos trabalhadores de cuidados domiciliários para assumir tarefas de instituições de saúde de nível superior;

#### 2.4. AVALIAÇÃO DOS RISCOS

A SST é uma área interdisciplinar dedicada à proteção da segurança, da saúde e do bem-estar das pessoas no desempenho das suas profissões. A crescente complexidade dos processos de trabalho e as alterações nas condições de trabalho, em conjunto com os novos perigos ou perigos variáveis, daí resultantes, exigem uma abordagem nova e sistemática da segurança e saúde no trabalho. São necessárias soluções que permitam aos empregadores ter em consideração os princípios de segurança e saúde em todos os níveis operacionais e em todos os tipos de atividade e, em seguida, convertê-los em medidas adequadas, de forma rotineira.

A avaliação de riscos é assumida pela AESST (2008a, p. 1) como a base de uma gestão eficaz da segurança e da saúde fundamental para a redução dos acidentes de trabalho e as doenças profissionais. Esta avaliação pode melhorar a segurança e a saúde, bem como, de um modo geral, o desempenho das empresas. Consiste numa análise sistemática de todos os aspetos do trabalho, que identifica:

- Aquilo que é suscetível de causar lesões ou danos;
- A possibilidade de os perigos serem eliminados e, se tal não for o caso;
- As medidas de prevenção ou proteção que existem, ou deveriam existir, para controlarem os riscos.

Segundo as informações facultadas pela AESST (2008a, p. 1), as entidades patronais podem organizar adequadamente a avaliação dos riscos de acordo com as cinco etapas a seguir indicadas.

**Etapa 1** - Identificação dos perigos e das pessoas em risco;

**Etapa 2** - Avaliação e hierarquização dos riscos;

**Etapa 3** - Decisão sobre medidas preventivas: T-O-P (T-técnicas; O-organizacionais; P-pessoais);

**Etapa 4** - Adoção de medidas;

**Etapa 5** - Documentação, acompanhamento e revisão.

As entidades patronais são obrigadas a tomar as medidas necessárias à defesa da segurança e da saúde dos trabalhadores, nomeadamente: atividades de prevenção dos riscos profissionais, de informação e de formação, bem como a criação de um sistema organizado e dos meios necessários à sua implementação. Embora a responsabilidade da adoção de medidas que garantam a segurança e saúde dos trabalhadores seja incutida às entidades patronais, a participação ativa dos trabalhadores, enquanto conhecedores dos problemas e recursos necessários, é fundamental para conferir eficácia e eficiência a essa gestão, garantindo também a aceitação e a eficácia a longo prazo das medidas de prevenção implementadas (Comissão Europeia, DGEASI, 2012, p. 24 e 25).

A avaliação dos riscos deve ter em conta a problemática do género, as diferenças e as desigualdades. A Inclusão dos aspetos relacionados com o género na avaliação dos riscos está consagrada como objetivo na legislação comunitária, por conseguinte, importa ter em conta o género na avaliação dos riscos no local de trabalho. Uma abordagem neutra em termos de género na avaliação e prevenção dos riscos pode fazer com que os riscos incorridos pelas mulheres sejam subestimados ou mesmo ignorados AESST (2003, p.1 e 2).

Num estudo realizado por Figueiredo (2014, p. 47), onde analisou a atividade dos ajudantes de lar e as suas condições de trabalho numa perspetiva de género, concluiu que existem diferenças no número de homens face ao número de mulheres naquela atividade, no modelo de organização do serviço tendo em conta a prestação de cuidados aos clientes do mesmo género e a realização de determinadas atividades exclusivas ao género masculino (ex. arranjar televisor, encher pneus das cadeiras de rodas).

De acordo com Serranheira, Lopes, e Sousa-Uva (2008, p. 10), a avaliação do risco das PME pode ser realizada através da aplicação de diversos métodos, subdivididos essencialmente em métodos baseados na observação e em métodos, mais complexos, de mensuração de variáveis fisiológicas e/ou biomecânicas. No entanto, o mesmo autor ressalva ainda que embora as grelhas de avaliação dos riscos constituam uma importante e

necessária etapa da prevenção das PME, não devem substituir-se à análise (ergonómica) do trabalho, pois apenas a sua utilização no processo de (de)composição de variáveis que pode, no entanto, determinar “desvios” (senão mesmo erros) com repercussões no diagnóstico das situações de risco, já que estas:

- Têm na sua génese, objetivos diversos;
- Apenas avaliam aspetos elencados na sua formulação;
- Desvalorizam as componentes individuais;
- Não integram a totalidade do espectro de fatores de risco contributivos para a génese dessas lesões;
- Estão dependentes da experiência e da formação de quem as utiliza.

A AESST (2015, p. 2) com base nos resultados do segundo inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes e relativamente à avaliação dos riscos na EU-28 conclui que:

- A maioria das empresas (90%) que realizam avaliações periódicas dos riscos, considerando-as uma forma útil de gerir a SST. Resultado este consistente, transversal a todos os sectores de atividade e dimensões de empresas. As restantes empresas que não realizam avaliações de riscos periódicas, apresentam como principais razões para justificar esse facto: «os perigos já são conhecidos» (83% das empresas); e «não existem problemas dignos de registo» (80%);
- A maioria das empresas (90%), sobretudo as empresas de maior dimensão, refere dispor de um documento que explica as responsabilidades e os procedimentos em matéria de SST, não se registando diferenças significativas entre sectores de atividade;
- As questões relativas à segurança e saúde são regularmente discutidas ao nível mais alto da administração em 61% das empresas, percentagem que aumenta com a dimensão da empresa;
- O cumprimento das obrigações legais é referido como a principal justificação das empresas (85%) para a gestão da SST, existindo uma correlação positiva com a dimensão da empresa (94% em Portugal). A resposta às expectativas dos trabalhadores ou dos seus representantes é apresentado como o segundo fator para atuar em matéria de SST;
- 81% das empresas afirmam contar com a participação dos seus trabalhadores na conceção e implementação das medidas resultantes das avaliações de riscos.

Com base no mesmo relatório, tendo em conta os resultados referentes ao sector da educação, saúde humana e atividades sociais, em Portugal:

- 75% das empresas referem realizar regularmente avaliações periódicas dos riscos;
- 87% das empresas referem dispor de um documento que explica as responsabilidades e os procedimentos em matéria de SST;
- 95% das empresas referem o cumprimento das obrigações legais como principal justificação para a gestão da SST;
- 74% das empresas referem a participação dos seus trabalhadores na conceção e implementação das medidas resultantes das avaliações de riscos.

## 2.5. PREVENÇÃO

Segundo Portugal, MS, DGS (2008, p. 10), não se está a atuar de forma planeada no desenvolvimento das melhores estratégias de melhoria das condições de trabalho na perspetiva da sua prevenção, continuando-se a:

- Não valorizar suficientemente as ações que possibilitem numa primeira fase um correto "diagnóstico de situação", desde logo pela ausência de informação suscetível de identificar as atividades económicas e/ou as condições de trabalho que constituam fator(es) de risco acrescido(s);
- Não ter um completo conhecimento da verdadeira "dimensão" do problema, já que apenas se dispõe do número de doenças reconhecidas como profissionais (com ou sem incapacidade permanente);
- Investir pouco na informação sobre as PME à população (e a forma de as prevenir), designadamente a empregadores e a trabalhadores.

A mesma entidade refere ainda que a prevenção das PME não é só um problema dos médicos e trabalhadores com doenças ou lesões, mas sim de todos, incluindo também os órgãos da administração/gestão e as chefias intermédias. É ainda indispensável a partilha total de informação sobre os elementos das situações de trabalho, partindo do conhecimento existente e integrando os resultados da avaliação do risco. A prevenção das PME, passa por um modelo de gestão do risco que integra as seguintes principais componentes: **(1)** a análise do trabalho; **(2)** a avaliação do risco de PME; **(3)** a vigilância médica (ou da saúde) do trabalhador e **(4)** a informação e formação dos trabalhadores (Portugal, MS, DGS, 2008, p. 23).

De acordo com Serranheira et al. (2008, p. 10), tendencialmente, as organizações optam pela produtividade em detrimento da adaptação do trabalho ao homem, da redução da carga de trabalho ou da prevenção dos efeitos adversos para a saúde dos trabalhadores,

contrariando assim a perspetiva da saúde ocupacional ou da ergonomia, que estabelece a pessoa como o centro da sua intervenção, tendo em conta a perspetiva do seu conforto ou bem-estar ou, pelo menos, na preservação da sua saúde, na sua conceção mais restrita.

A prevenção das PME ligadas ao trabalho baseia-se, entre outras, em metodologias eficazes de vigilância das situações de trabalho (alicerçando-se em metodologia da análise do trabalho) e da saúde desses trabalhadores, sendo assim possível por em evidência as relações entre as condicionantes da situação de trabalho, a atividade realmente desempenhada e os efeitos adversos, quer para o trabalhador, quer para o sistema produtivo. Identificados o(s) fator(es) de risco, através deste processo e da aplicação de métodos de avaliação do risco, definem-se as situações de risco que devem ser controladas, na perspetiva de limitar (ou anular) os efeitos adversos que lhe estão associados (Serranheira et al., 2008, p. 10).

Qualquer trabalhador pode vir a sofrer de perturbações musculosqueléticas; contudo, estas lesões podem ser evitadas através de uma correta avaliação das tarefas executadas pelo trabalhador, da adoção de medidas preventivas e de um controlo contínuo da eficácia destas. Uma abordagem de gestão integrada não apenas centrada na prevenção de novas lesões musculosqueléticas, mas também na manutenção em atividade, reabilitação e reintegração dos trabalhadores que já sofrem de lesões musculosqueléticas é a solução apresentada pela AESST para fazer face ao problema das lesões musculosqueléticas. Refere ainda que é muito importante avaliar o conjunto dos riscos de lesões musculosqueléticas e abordá-los de uma forma global (AESST, 2007a, p. 1).

A AESST, preconiza ainda que a manutenção em atividade dos trabalhadores que sofrem de lesões musculosqueléticas deverá ser parte integrante da política em matéria de perturbações musculosqueléticas no local de trabalho. Deverá ser atribuída especial atenção a abordagens pluridisciplinares que combinem a prevenção com a reabilitação. Refere também a importância do apoio social e organizacional para permitir que os trabalhadores que sofram das PME se mantenham em atividade ou sejam reintegrados. Numa estratégia europeia para reduzir a prevalência das PME, as principais componentes da prevenção das lesões musculosqueléticas são já reconhecidas nas diretivas europeias, na regulamentação dos Estados-Membros e nos guias de boas práticas (AESST, 2007a, p. 1).

Num relatório da AESST, centrado na prevenção das PME, bem como no desenvolvimento e nos progressos alcançados neste domínio desde a campanha anterior realizada em 2000, demonstrou não terem sido encontrados estudos científicos que contradigam a abordagem adotada pelas diretivas comunitárias relativas à movimentação

manual de cargas ou ao trabalho com computadores. Destacou ainda como principais conclusões extraídas da análise da literatura que: ao nível das intervenções organizacionais e administrativas, uma redução do número de horas de trabalho diárias pode reduzir a incidência das PME e que pode ser possível introduzir pausas adicionais num trabalho repetitivo sem perda de produtividade; nas intervenções técnicas ficou evidenciado que medidas técnicas ergonómicas podem reduzir o esforço imposto à região dorso-lombar e aos membros superiores e, portanto, a ocorrência de PME, sem perda de produtividade; relativamente ao equipamento de proteção, não existem provas concludentes de que a utilização de cintas sacrolombares constitua um método de prevenção das dores da região sacrolombar relacionadas com o trabalho; face à alteração dos comportamentos, a formação em métodos de trabalho de movimentação manual de cargas não é eficaz se for utilizada como medida única de prevenção das dores da região sacrolombar; a preparação física pode ser eficaz para reduzir a recorrência das lombalgias e das dores nos ombros e na região cervical, mas para tal essa preparação física deve incluir uma exercitação vigorosa, repetida pelo menos três vezes por semana e, finalmente, perante as estratégias de aplicação, a prevenção das PME exige uma combinação de vários tipos de intervenções (abordagem pluridisciplinar), que inclua medidas organizacionais, técnicas e pessoais, sendo que as intervenções baseadas em medidas isoladas têm poucas probabilidades de serem eficazes na prevenção das PME. Uma abordagem participativa, que promova a participação dos trabalhadores no processo de mudança, pode ter um efeito positivo, contribuindo para o êxito da intervenção AESST (2008a).

O mesmo relatório da AESST (2008a), evidenciou ainda os princípios que se revestem de importância para o êxito da aplicação das intervenções no local de trabalho, tendo como fundamento uma amostra de 15 estudos de casos extraídos de vários sectores profissionais e económicos de toda a Europa, que proporcionaram exemplos reais de intervenções efetuadas pelas empresas e organizações com vista à gestão e à prevenção dos riscos de PME no trabalho. Os princípios enunciados fazem referência a uma abordagem participativa, salientando a participação dos trabalhadores e dos seus representantes em todo o processo; a uma abordagem pluridisciplinar, com a colaboração de especialistas das diferentes áreas (por exemplo, ergonomia, engenharia, psicologia, etc.) na avaliação e na monitorização dos riscos no local de trabalho, bem como na procura de soluções, no patrocínio da direção da empresa, a fim de disponibilizar os recursos necessários para melhorar o ambiente de trabalho e, por último, caso as soluções propostas nos exemplos de boas práticas sejam utilizadas noutra local de trabalho, devem ser adaptadas às condições específicas do mesmo.

A AESST (2008a), salienta ainda no mesmo relatório que a abordagem de prevenção dos riscos de PME posta em prática e as soluções descritas nos vários estudos de caso podem ser adotadas noutras situações e sectores, bem como noutros Estados-Membros. Os estudos de casos demonstram que as intervenções de prevenção dos riscos de PME podem ter muitas vantagens, tais como: melhorar as condições de trabalho; aumentar a satisfação e a motivação dos trabalhadores; reduzir a taxa de absentismo por doença associada às LME; melhorar a segurança em geral e aumentar a capacidade de processamento, a produção e/ou a qualidade dos produtos.

Na revisão sistemática elaborada por Neves e Serranheira (2014, p. 103), os autores concluem que se deve abandonar a implementação de programas de formação intensiva sobre mobilização de doentes como estratégia única, isolada e sem monitorização do seu impacto ao longo do tempo e apostar na implementação de programas de prevenção de acordo com a abordagem sistémica e integradora das situações de trabalho, com a inclusão de estudos: acerca do benefício da melhoria da capacidade física dos profissionais de saúde ao nível da prevenção das PME; sobre os efeitos da reorganização do trabalho na fadiga dos profissionais de saúde que realizam trabalho noturno e por turnos e de monitorização do impacto das diversas medidas adotadas em programas de prevenção de LMELT em profissionais de saúde, particularmente nos enfermeiros.

Segundo Neves e Serranheira (2014, p. 95), a formação sobre mecânica corporal e técnicas de mobilização de doentes, embora aceite de forma geral para prevenção das PME, não tem conseguido alcançar resultados sustentáveis na evidência científica relativamente à diminuição dos seus sinais e sintomas. O empenho de alguns investigadores nos últimos trinta anos em mostrar uma base credível deste tipo de estratégia tem falhado constantemente. As estratégias de intervenção exclusivamente com informação/formação nas organizações de saúde aos seus profissionais têm apresentado resultados reduzidos e contraditórios devido à sua administração em contexto laboratorial, controlado, muito diferente da realidade, excluindo assim diversos fatores que não são controlados no trabalho em contexto real (Nelson et al., 2006 citado em Neves e Serranheira, 2014, p. 95).

De acordo com os estudos de Nelson et al. (2006); Hignett (2007); Black, Shah, Busch, Metcalfe, e Lim (2011), citados em Neves e Serranheira (2014, p. 103) existe substantiva evidência científica de que os programas multifatoriais de cariz sistémico previnem a ocorrência de PME, permitindo recuperar o capital investido a curto prazo.

## 2.6. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS PME

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a, p. 7), o Enfermeiro de Reabilitação tem desenvolvidas as competências para fazer “a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” de onde se destacam duas unidades de competência: promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo e gerir o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

Para a OE (2010b, p. 1), o Enfermeiro de Reabilitação é dotado de um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, o que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. Salienta ainda que a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

[...] visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas.

De acordo com Tavares (2012, p. 107), a presença do Enfermeiro nas ERPI, apoia, sustenta e orienta toda a atividade assistencial, com vista à qualidade de vida e bem-estar dos utentes. O enfermeiro é o elo central da equipa de cuidados, na medida em que:

- Identifica as reais necessidades dos utentes na manutenção básica de vida e nos problemas de saúde que apresentam;
- Informa os restantes membros da equipa multiprofissional para uma atuação integrada junto de cada utente, com base em objetivos comuns, e com verdadeiro rigor interdisciplinar;
- Favorece a implementação do modelo assistencial global centrado nos utentes/doentes institucionalizados;
- Assume um papel determinante como elo de ligação entre os diferentes membros da equipa, melhorando a sua eficiência assistencial;
- Defende os valores básicos dos utentes, como seres humanos com dignidade e de pleno direito;

- Intervém como formador de diferentes elementos da equipa, se e quando necessário, para a assistência adequada e competente, em função das situações dos utentes;
- Promove um ambiente de prática saudável, seguro e tranquilo, favorável tanto aos utentes como aos elementos da equipa.

Num estudo elaborado pelo mesmo autor, conclui que os enfermeiros são elementos promotores da qualidade dos cuidados prestados a nível interdisciplinar, a qual passa pelo trabalho articulado dos diferentes profissionais da equipa, em que o enfermeiro tem o papel fundamental de coordenador e supervisor “natural” da assistência multiprofissional. A presença física do enfermeiro, propicia um clima de segurança para os diferentes membros da equipa, onde através do apoio, informação, esclarecimento de dúvidas, procura de soluções, encaminhamento, formação e incentivo, contribui para a formação de um ambiente de prática saudável, promovendo a melhoria dos resultados de saúde nos utentes, e aumentando o nível de satisfação no trabalho dos seus pares.

Assim pelo seu conhecimento sobre legislação e normas técnicas, o Enfermeiro Especialista em Reabilitação é um profissional dotado das melhores competências para após o diagnóstico da situação, implementar e monitorizar os resultados dos programas de redução do risco, otimização da função e reeducação funcional, avaliando e introduzindo no processo de prestação de cuidados os necessários ajustamentos, promovendo, assim, as práticas mais seguras e mais eficazes, a nível da pessoa, da família, da instituição e da sociedade.



### **3. ESTADO DA ARTE**

Ferreira (2012, p. 54), numa investigação levada a cabo num lar de idosos em Portugal, constatou que a principal razão de escolha da profissão “trabalhadores de cuidados pessoais”, prende-se com a necessidade de conseguir emprego, a par com a experiência anterior de cuidado a idosos, como fator motivacional da escolha.

Carneiro et al. (2009), citado por Rodrigues (2014, p. 30), referem que os trabalhadores de cuidados pessoais, em geral, possuem baixa escolaridade e carência de disponibilização de formação por parte da instituição onde trabalham, considerando esta última como um entrave à qualidade da execução das suas funções de cuidador. Colomé et al. (2011), citado em Ferreira (2012, p. 23), referem que um aspeto comum em cuidadores a desempenhar funções em Instituições para idosos é a falta de conhecimento relativamente a alguns cuidados.

No estudo desenvolvido por Carneiro et al. (2009), estes trabalhadores, apontam como principais dificuldades no âmbito da referida função: a falta de formação adequada; má remuneração; falta de recursos materiais; falta de conhecimentos específicos e desmotivação (Rodrigues, 2014, p. 30).

Segundo Rodrigues (2014, p. 35), em referência aos trabalhadores de cuidados que desempenham funções em instituições para idosos, salienta que estes vivenciam a sua profissão tendo por referência experiências anteriores, quer ao nível da motivação, da preparação para a profissão e das características individuais.

Devido à falta de conhecimento por parte destes trabalhadores, relativamente a alguns cuidados, Ferreira (2012, p. 23 e 24), refere ser necessário apostar na sua formação em aspetos básicos relativos ao processo de envelhecimento, características de demências específicas, formas de comunicar com os idosos, cuidados práticos e outros semelhantes, assim como em aspetos de trabalho em equipa, de desenvolvimento de autoestima. Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, e Sousa (2011, p. 120), também referem que a formação destes cuidadores formais, quer relativamente a aspetos da reabilitação que podem ser empregues na prestação dos cuidados, como a própria intervenção junto dos idosos com demência é escassa.

Garbin et al. (2008), citado em Rodrigues (2014, p. 29) defende a população que desempenha profissionalmente funções de cuidadora de pessoas dependentes, que maioritariamente são idosos, precisa de possuir determinadas competências e qualidades específicas, atendendo a que os idosos dependentes vivem em condições sociais, mentais, físicas e afetivas delicadas, chegando mesmo a quadros de abandono social. Estes profissionais submetem-se, algumas vezes, a condições extremas de desgaste físico e/ou emocional, sendo fundamental uma boa formação técnica que abranja aspetos teóricos, humanos e éticos.

O cuidar de idosos acarreta as suas dificuldades, em especial quando o idoso sofre de alguma demência. A demência, devido à sua etiologia neuro degenerativa, está associada ao envelhecimento humano, com uma prevalência mundial que duplica a cada 4-5 anos a partir dos 65, passando de 1,5% nesta idade para os 30-40% aos 85 anos (Wimo, Winblad, Aguero-Torres, & von Strauss, 2003, citado em Barbosa et al., 2011, p. 119). Esta situação leva à necessidade de institucionalização das pessoas idosas (Schulz et al., 2004, citado em Barbosa et al., 2011, p. 120), onde segundo Kuske et al. (2009), citado em Barbosa et al. (2011, p. 120), cerca de 60% das pessoas institucionalizadas em países industrializados apresentam um quadro demencial.

Numa investigação efetuada por Barbosa et al. (2011), as principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais no cuidado a idosos com demência institucionalizados são: a interação com o utente; o desconhecimento da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; a dificuldade de organização; o planeamento de atividades e a interação com a família dos utentes. Em Portugal, como em outros países europeus (Kuske et al., 2007, citado em Barbosa et al., 2011, p. 120), os cuidados a idosos com demência são prestados em lares de idosos convencionais, por pessoas com baixa escolaridade e pouca formação especializada. O processo do cuidar de idosos com demência está associado a elevados níveis de stresse, sobrecarga física (Rolland et al., 2007 citado em Barbosa et al., 2011, p. 120) e insatisfação laboral nos cuidadores formais, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença (Davison, McCabe, Visser, Hudgson, & George, 2007; Kuske et al., 2009, citado em Barbosa et al., 2011, p. 120). Novos desafios se colocam às instituições de terceira idade, particularmente aos cuidadores formais, devido ao esperado aumento da prevalência de utentes com demência (Kuske et al., 2007, citado em Barbosa et al., 2011, p. 120).

Na última década a literatura tem evidenciado o desenvolvimento de programas de formação para os cuidadores formais, que se centram sobretudo na informação e aquisição de conhecimentos e competências em relação à situação da demência no entanto,

desvalorizando o stresse e a sobrecarga emocional destes cuidadores (Barbosa et al., 2011, p. 120).

Com o intuito de diagnosticar as necessidades no que respeita à prevenção das PME e à promoção da saúde dos enfermeiros e auxiliares de ação médica, numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação, Machado (2013, p. 1) concluiu que as condições e características do trabalho que podem desencadear PME nestes profissionais, estão relacionadas com fatores de naturezas distintas, relacionados com: características do ambiente físico, constrangimentos físicos, constrangimentos organizacionais e relacionais, constrangimentos inerentes às características do trabalho e condições de vida fora do trabalho (cf. anexo I)

Relativamente às repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar dos profissionais de saúde, Machado (2013, p. 88 e 89), concluiu que 28,4% dos profissionais referiram ter tido pelo menos um episódio de acidente de trabalho sem que fosse reconhecida qualquer incapacidade para o trabalho e as doenças profissionais foram diagnosticadas a 14,3% dos indivíduos sem também ter sido reconhecida qualquer incapacidade. O mesmo autor refere que 64,3% dos profissionais de saúde referem que a sua saúde está ou já foi afetada pelo trabalho que desempenham. Constatou também que os trabalhadores que faltaram ao trabalho nos últimos doze meses por mais de três dias consecutivos, o fizeram por problemas de saúde relacionados com a família ou por outros problemas de saúde não relacionados com o trabalho.

As principais repercussões causadas pelas condições e características do trabalho atual identificadas foram as dores de costas (64,3%); as varizes (42,9%); o adormecimento frequente dos membros (35,7%) e os problemas músculo-esqueléticos (28,6%). Quanto à qualidade de vida dos trabalhadores, avaliada pelo Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) verificou que as dimensões de saúde mais alteradas estão relacionadas com a dor, a mobilidade física, o sono e as reações emocionais, concluindo assim que as condições de trabalho proporcionam alterações na qualidade de vida dos trabalhadores (Machado, 2013, p. 102).

As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para prevenir e minimizar as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na sua saúde são: a medicação (maioritariamente automedicação), a massagem para alívio dos sinais e sintomas agudos (em especial da dor) e a partilha de sentimentos para promover o bem-estar psicológico (Machado, 2013, p. 103).

Num estudo desenvolvido por Figueiredo (2014, p. 41 a 44) de forma a analisar a atividade dos ajudantes de lar e das suas condições de trabalho numa perspetiva de género, concluiu que:

- Grande parte destes sente que o seu trabalho é reconhecido pelas chefias e colegas;
- Quase todos referem que não devem conseguir trabalhar quando tiverem entre 60/65 anos;
- Quase todos afirmam estar expostos a agentes biológicos;
- Mais de metade referiu estarem expostos a riscos de agressão verbal por parte dos utentes;
- As “dores nas costas” e “dores musculares/articulações” são problemas de saúde partilhados pela maioria, em que quase todos consideram que esses problemas são causados ou agravados pelo trabalho. Estes problemas estão mais relacionados com os trabalhadores dos 35 até aos 65 anos, sendo muito pouco referidos por trabalhadores de idade inferior a 35 anos;
- A ansiedade/irritabilidade, afeta quase metade dos trabalhadores, tendo como causa direta o trabalho;
- Os problemas musculoesqueléticos, gestos repetitivos e posturas penosas, são verificados em maior prevalência a partir dos 35 anos;
- Os trabalhadores mais novos manifestam perspetivas de evolução na carreira, ao invés os trabalhadores com mais idade.

Através da aplicação do inquérito INSAT, o mesmo autor identificou as situações relevantes relacionadas com: a perceção dos ajudantes de lar sobre a sua atividade de trabalho (anexo II); os problemas de saúde percecionados pelos ajudantes de lar e sua relação com o trabalho e as respostas dos ajudantes de lar ao Perfil de Saúde de Nottingham (anexo III). Estes resultados colocam em evidência as condições e características do trabalho que podem desencadear PME nestes profissionais, encontrando-se relacionadas com fatores de naturezas distintas.

## **2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**

4. MATERIAIS E MÉTODOS
5. RESULTADOS
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS
7. CONCLUSÃO



## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

No presente capítulo, pretende-se dar corpo aos aspetos metodológicos do estudo, de modo a precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que prescreverá os dinamismos conducentes à realização da investigação. Pretende-se assim, descrever a metodologia utilizada na investigação, dando primeiramente relevo, tal como salienta Fortin (2009), à conceptualização da investigação empírica, onde se evidencia o tipo de estudo, questão de investigação e objetivos, seguida da caracterização dos participantes e, finalmente, à descrição do instrumento de colheita de dados, bem como dos procedimentos que estiveram subjacentes à colheita e tratamento dos mesmos

### **4.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

Verifica-se atualmente que as PME são estatisticamente a doença profissional mais frequente e com maior índice de absentismo. Dados recentes, mostram que a prevenção das PME é um objetivo que nos deve mobilizar, de modo a serem implementadas condições de trabalho que permitam evitar o aparecimento destas lesões. É ainda indispensável que seja feito o diagnóstico precoce dos casos existentes e que sejam tomadas medidas para prevenir o agravamento de lesões já diagnosticadas, não menosprezando os aspetos relacionados com os trabalhadores afetados verem a sua doença reconhecida como “ligada” ao trabalho e ser possível a sua reintegração em postos de trabalho adequados às limitações ou em que se evite a evolução para situações invalidantes.

Os trabalhadores de cuidados pessoais a exercer a sua atividade na resposta social ERPI, são um grupo profissional vulnerável à ocorrência de PME relacionadas com o trabalho. São escassos os estudos desta problemática neste mesmo grupo profissional nesta resposta social, contrariamente ao que se verifica noutros grupos profissionais, como são exemplo os enfermeiros. Realça-se ainda a aplicação do inquérito INSAT, exclusivamente a este grupo profissional em apenas um estudo, numa Instituição em Portugal.

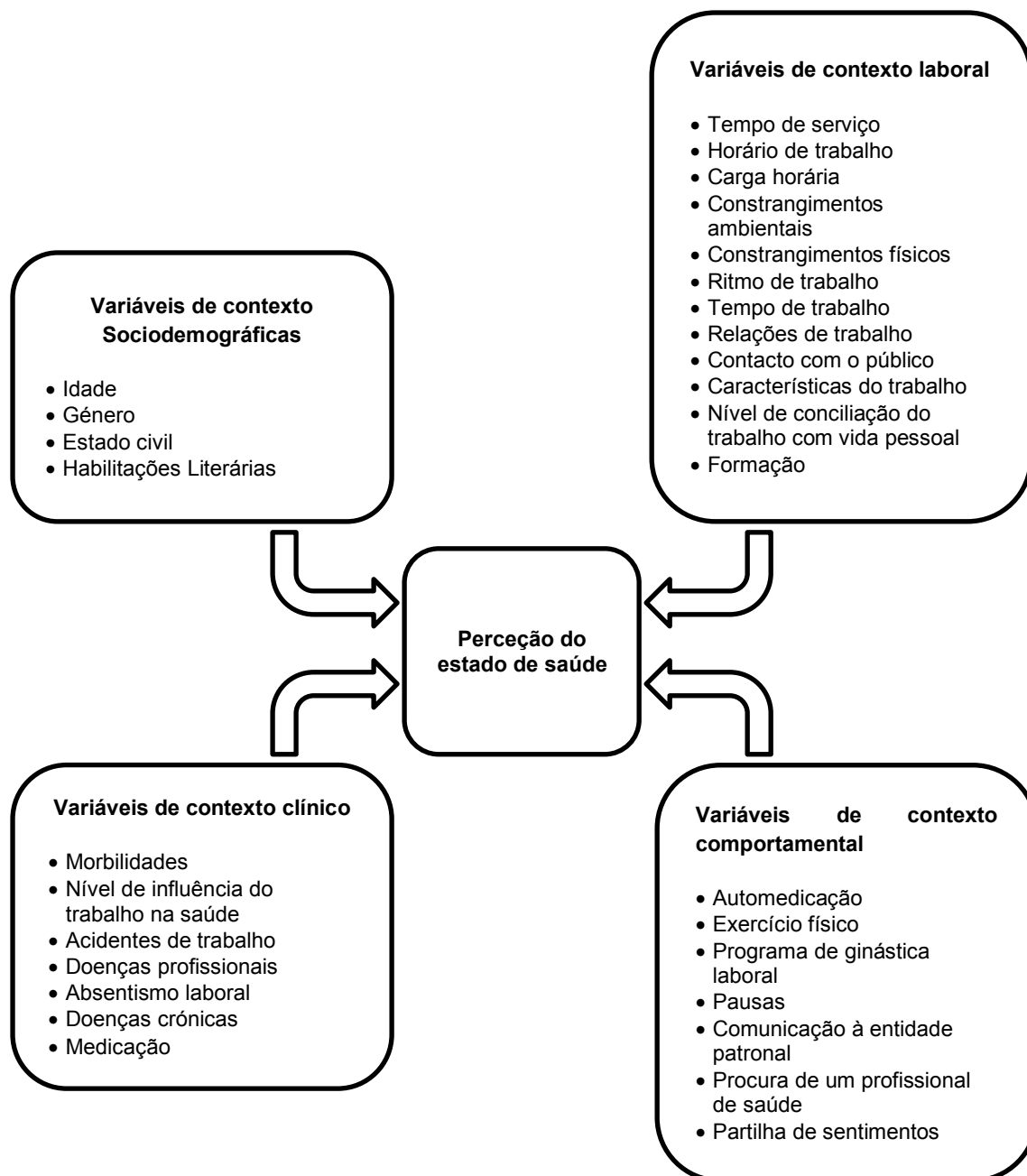
Motivado pelo estudo da problemática das PME neste grupo profissional enquanto exercendo a sua atividade nas ERPI, surge esta investigação que se constitui como um

estudo não-experimental, de natureza quantitativa, de carácter descritivo, transversal e correlacional.

No que concerne às variáveis consideramos a **percepção do estado de saúde** (Perfil de Saúde de Nottingham) por parte dos trabalhadores de cuidados pessoais, como variável dependente. Como variáveis independentes integramos variáveis de contexto: **sociodemográficas** (idade, género, estado civil, habilitações literárias); **clínico** (morbilidades, nível de influência do trabalho na saúde, acidentes de trabalho, doenças profissionais, absentismo laboral, doenças crónicas, medicação); **laboral** (tempo de serviço, horário de trabalho, carga horária, constrangimentos ambientais, constrangimentos físicos, ritmo de trabalho, tempo de trabalho, relações de trabalho, contacto com o público, características do trabalho, nível de conciliação do trabalho com a vida pessoal, formação); **comportamental** (automedicação, exercício físico, programa de ginástica laboral, pausas, comunicação à entidade patronal, procura de um profissional de saúde, partilha de sentimentos).

A operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos fatores/dimensões que compõem o instrumento de colheita de dados utilizado, tal como é referenciada na interpretação deste (subcapítulo 4.3). Tendo por referência a questão de investigação, o enquadramento dos objetivos e a delimitação das variáveis, apresenta-se, na figura 1 a representação esquemática da relação prevista entre as variáveis independentes e dependente, explicativas dos determinantes das perturbações musculoesqueléticas e das suas repercussões na saúde dos trabalhadores de cuidados pessoais nas ERPI.

Figura 1 - Modelo esquemático da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



Com base no nosso desenho de investigação e no enquadramento da mesma, expressa-se a seguinte questão: **Quais os determinantes das Perturbações Musculoesqueléticas nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso e suas repercussões na saúde destes?**

Assim, esta investigação contempla os seguintes objetivos:

- Analisar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso;
- Identificar as condições e características do trabalho suscetíveis de desencadear as PME nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso;
- Analisar as repercussões que as condições e características do trabalho, suscetíveis de desencadear as PME, têm na saúde dos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso;
- Analisar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso, para prevenir e/ou minimizar as repercussões das condições e características do trabalho suscetíveis de desencadear as PME.

#### 4.2. PARTICIPANTES

A população em estudo reporta-se aos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso. Para a seleção das instituições onde estes trabalhadores laboram, foi tida em consideração a representatividade da população relativamente a este grupo profissional, quer pela distribuição etária, quer pela multiplicidade de tarefas desempenhadas. Teve-se ainda em consideração a acessibilidade à população em estudo devido à sua localização, conhecimento prévio do locais, proximidade da residência do investigador e a existência de um colaborador que, após a tomada de conhecimentos do objetivo do estudo e do instrumento de colheita de dados, colaborasse na aplicação e receção dos questionários, visto não ser possível reunir toda a população em estudo num só dia, devido ao horário de trabalho por turnos.

Sendo a amostra constituída por elementos representativos da população, esta é caracterizada como sendo não probabilística, acidental e por conveniência, sendo constituída 120 indivíduos, na sua maioria do género feminino (95,8%), com uma média de idade de 43,21 anos, maioritariamente casados (68,3%), tendo completado o 3º ciclo (45,8%). Teve como critérios de inclusão: ser trabalhador de cuidados pessoais na instituição onde a investigação decorreu e aceitar participar voluntariamente na mesma.

Este estudo foi realizado em nove Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, do distrito de Viseu (Lar da Associação de Solidariedade Social de Farminhão; Lar da Associação de Solidariedade Social, Cultural e Recreativa Coutuense; Lar da Fundação Elísio Ferreira Afonso; Lar da Fundação Joaquim dos Santos; Lar da Fundação Mariana Seixas; Lar da Santa Casa da Misericórdia de Aguiar da Beira; Lar Viscondessa de São

Caetano da Santa Casa da Misericórdia de Viseu; Residência Rainha D. Leonor da Santa Casa da Misericórdia de Viseu; Lar do Centro Social Paroquial de Boa Aldeia)

#### 4.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada tendo por base uma versão atualizada do INSAT - Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT 2013) (anexo IV), que segundo as autoras, apresenta-se como uma proposta metodológica para a análise dos efeitos das condições de trabalho na saúde. É um instrumento suficientemente global, que permite recolher de forma completa os fatores que intervêm nas várias dimensões de saúde e suficientemente específico, de forma a abranger os outros problemas e doenças provocadas pelas condições de trabalho, para além das doenças profissionais oficialmente reconhecidas. Um instrumento de avaliação suficientemente atento à diversidade e variabilidade das questões que se colocam em contexto de trabalho (Barros-Duarte & Cunha, 2010, p. 19 e 22). Segundo Barros-Duarte, Cunha, e Lacomblez (2007), citado por Barros-Duarte e Cunha (2010, p. 21), este instrumento permite “compreender de que forma os trabalhadores avaliam as características e as condições do seu trabalho, o seu estado de saúde, e que tipo de relações estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho”.

Apresenta-se no formato de questionário de autopreenchimento que engloba medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa. Inicia-se por uma declaração de consentimento informado (anexo V), onde após uma breve introdução é explanado o objetivo do estudo e solicitada a colaboração do participante. Através deste instrumento de investigação pretende-se dar resposta aos primeiros três objetivos.

O questionário apresenta uma linguagem simples, com questões diretas de fácil compreensão, constituído por perguntas abertas e fechadas ao longo de VII eixos que permitem conhecer:

- A situação de trabalho (atividade de trabalho, a situação e horário laboral);
- A exposição do trabalhador a determinadas condições e características do trabalho (ambiente e constrangimentos físicos, constrangimentos organizacionais e relacionais e características do trabalho);
- As condições de vida fora do trabalho;
- A formação realizada pelos trabalhadores e a sua relação com o trabalho;
- A saúde e trabalho (acidentes de trabalho e doenças profissionais, informação sobre os riscos profissionais);

- Os problemas de saúde e a relação que o trabalhador estabelece entre estes e o trabalho que executa;
- Perceção que o trabalhador tem acerca da sua saúde e bem-estar.

A escala de Perfil de Saúde de Nottingham da autoria de Hunt McKenna & McEwanm de 1980, com versão portuguesa do Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1997, da autoria do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, encontra-se incluída no questionário INSAT versão 2013. O Perfil de Saúde Nottingham é constituído por 38 questões, de resposta simples, sim ou não, englobando seis dimensões: **mobilidade física, dor, energia, reações emocionais, sono e isolamento social**. A ordem destas questões no questionário é arbitrária, não respeitando qualquer sequência de gravidade de dimensão possibilitando uma maior imparcialidade no preenchimento. A tabela 5, apresenta um resumo dos défices de saúde relativos a cada dimensão, sendo cada uma delas analisada separadamente de acordo com a pontuação obtida no número de respostas afirmativas às várias questões. As várias pontuações apresentam-se como um perfil de saúde numa escala de 0 a 100, onde 0 corresponde à ausência de qualquer problema de saúde e 100 ao nível máximo de problemas.

Tabela 5 – Resumo dos défices de saúde relativos a cada dimensão da escala do Perfil de Saúde de Nottingham.

Dimensão	Défices de saúde	Questões
<b>Mobilidade física</b>	Dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida diária.	10, 11, 14, 17, 18, 25, 27 e 35
<b>Dor</b>	Dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura.	2, 4, 8, 19, 24, 28, 36 e 38
<b>Energia</b>	Sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades.	1, 12 e 26
<b>Reações emocionais</b>	Estados de nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília e na perda da vontade de viver.	3, 6, 7, 16, 20, 23, 31, 32 e 37
<b>Sono</b>	Perturbação do ciclo sono/vigília com eventual necessidade de intervenção farmacológica.	5, 13, 22, 29 e 33
<b>Isolamento social</b>	Dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo.	9, 15, 21, 30 e 34

Foi acrescentado ao questionário uma questão constituída também por respostas abertas e fechadas, que permite identificar qual ou quais a(s) estratégia(s) utilizadas pelos trabalhadores para prevenir ou minimizar as repercussões das condições e características do trabalho na sua saúde. Para a seleção das estratégias: **automedico-me, procuro um**

**profissional de saúde e desabafo com alguém**, foram tidos em conta os resultados apresentados por Machado (2013, p. 103), onde identificou estas estratégias como sendo as mais recorrentes. Para a estratégia **comunico à entidade patronal ou aos responsáveis toda e qualquer situação de trabalho que represente perigo para a minha segurança e saúde**, teve-se em conta as recomendações da Comissão Europeia, DGEASI (2012, p. 24 e 25), sobre a participação ativa dos trabalhadores na defesa da SST, enquanto conhecedores dos problemas e recursos necessários. Tendo em conta as conclusões da AESST (2008b, p. 1) apresentadas em relatório, a redução do número de horas de trabalho diárias através da introdução de pausas adicionais e a preparação física e sua promoção por parte da organização podem ter efeito significativo na redução da incidência das PME, como tal foi acrescentada também à lista das possíveis estratégias as opções: **faço várias pausas ao longo do trabalho, participo num programa de ginástica laboral e faço exercício físico**. De forma a possibilitar que os trabalhadores se expressassem sobre outras eventuais estratégias não contempladas na lista, foi acrescentada uma pergunta aberta.

De salientar que no processo de operacionalização de variáveis, para a variável “profissão” foi utilizada a matriz da Classificação Nacional de Profissões (CNP), sendo considerada como resposta de todos os elementos da amostra a atividade “Trabalhadores de Cuidados Pessoais”. Como o serviço prestado pela resposta social ERPI, se enquadra no terceiro sector da atividade económica, será considerado o sector terciário na resposta relativa ao “sector de atividade da empresa”. Para a variável “escolaridade” foram considerados os seguintes valores: 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, ensino secundário, ensino superior e analfabeto. Na variável “grupo etário” são considerados os seguintes grupos: 18-28, 29-38, 39-48, 49-58 e 59-68 anos.

#### 4.4. PROCEDIMENTOS

Após a solicitação do inquérito INSAT às suas autoras (Carla Barros; Liliana Cunha e Marianne Lacomblez) e o preenchimento da declaração de compromisso (anexo VI), foi autorizada pelas mesmas a sua utilização na presente investigação.

A aplicação dos questionários foi precedida de um pedido de autorização à Direção Técnica da ERPI de cada instituição e à Comissão de Ética, onde foram apresentados os objetivos e enfatizado o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, com vista a garantir o cumprimento das normas éticas da investigação, a responsabilidade profissional e

científica, o respeito pelos direitos humanos e dignidade da pessoa, a salvaguarda dos interesses dos participantes e a reputação da instituição em que é realizado o estudo.

Após a autorização para a recolha de dados (anexo VII), deu-se início ao processo durante o período de Janeiro a Abril de 2016. A entrega dos questionários aos participantes foi precedida da comunicação do objetivo do trabalho de investigação e da explicação sobre o correto preenchimento do questionário. Devido ao grande número de questões apresentadas no questionário, a maioria dos trabalhadores solicitou o seu preenchimento em casa, sendo posteriormente entregue ao colaborador do estudo em cada instituição.

O Tratamento Estatístico refere-se à análise dos dados numéricos por meio de testes estatísticos, tendo em consideração a função que as variáveis exercem na investigação. Classicamente, distinguem-se duas grandes categorias de análise estatística: a estatística descritiva e a estatística inferencial (ambas sempre ligadas ao nível de medida das variáveis em estudo) (Fortin, 2009, p. 410).

A parte descritiva da estatística, tem como objetivo salientar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra, de maneira a serem interpretados, tanto pelo investigador como pelo leitor. Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação (Fortin, 2009, p. 411).

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo foi efetuado informaticamente utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0 para Windows. Do ponto de vista da análise estatística descritiva, os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a medidas de tendência central: média ( $\bar{x}$ ); medidas de dispersão: dp e CV (%) e medidas de assimetria e achatamento.

O CV é uma medida de dispersão que permite comparar a dispersão de duas variáveis que não são avaliadas com a mesma unidade de medida. Expressa-se pelo divisão entre o dp e a média multiplicado por 100:  $CV = dp / \bar{x} * 100$ . Foram admitidos os intervalos de dispersão sugeridos por Pestana e Gageiro (2003):

- ✓  $CV \leq 15\%$  Fraca dispersão;  $15\% < CV \leq 30\%$  Dispersão moderada;  $CV > 30\%$  Dispersão elevada.

A medida de assimetria Skewness (SK), enviesamento da distribuição em relação à amostra, calcula-se através do quociente entre (SK) com erro padrão (Std. Error). Estas medidas de assimetria são aplicadas a variáveis de natureza quantitativa. Para Pestana e Gageiro (2008) se  $SK / Stderror$ :

- ✓ Oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é simétrica; se for inferior a -1,96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita; se for superior a 1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

Na opinião dos mesmos autores, nas medidas de achatamento ou curtose (K) os resultados obtêm-se da mesma forma. Assim esta medida é obtida pelo quociente  $K/Stderror$ . Deste modo, diz-se que a distribuição é:

- ✓ Mesocúrtica se  $-1,96 < K/Stderror < 1,96$ ; Planicúrtica se for inferior a -1,96; Leptocúrtica caso seja superior a 1,96.

As análises estatísticas inferenciais vão além das análises descritivas, pois permitem aplicar à população total os resultados provenientes de uma amostra. Este tipo de análise serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos ao conjunto da população. (Fortin, 2009, p. 440). Podem utilizar-se testes paramétricos e não-paramétricos. Os primeiros exigem: a distribuição normal das variáveis na população, a estimação de pelo menos um parâmetro e que o nível das variáveis seja de intervalos ou de proporções. Já os testes não paramétricos não são baseados nem na estimação dos parâmetros nem nos princípios da distribuição normal, sendo geralmente utilizados nas variáveis nominais e ordinais (Fortin, 2009, p. 454 e 455).

Ao longo deste estudo, serão utilizados os testes não-paramétricos, sempre que o n for inferior a 30. Estes têm como vantagens, o facto de poderem ser aplicados a uma ampla diversidade de situações, não exigindo populações distribuídas normalmente. Ao contrário dos métodos paramétricos, os métodos não-paramétricos podem ser aplicados a dados não numéricos, como por exemplo, o género. Em geral este tipo de métodos envolve cálculos mais simples do que os seus correspondentes paramétricos, sendo assim mais fácil de entender. No entanto, os métodos não-paramétricos tendem a perder informação pois os dados numéricos exatos são frequentemente reduzidos a uma forma qualitativa, para além disso, não são tão eficientes quanto os testes paramétricos, requerendo uma amostra maior para que se possa rejeitar a hipótese nula (Pestana & Gageiro, 2008). Foram utilizados os seguintes testes não-paramétricos:

- Teste U de Mann Whitney

Teste não paramétrico alternativo ao Teste t de student para amostras independentes, nomeadamente quando os pressupostos deste teste não são válidos, ou seja, quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes, ou as variâncias muito heterogéneas (Marôco, 2010). Este teste possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2003).

- Teste de Kruskal-Wallis

O Teste de Kruskal-Wallis, que deve ser utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogéneas. O Teste de Kruskal-Wallis pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2010). Quando se testa a igualdade de mais de duas médias e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se aos Testes Post-hoc, à análise da tendência ou às comparações planeadas para poder localizar-se onde se encontram as diferenças entre as médias (Pestana & Gageiro, 2008).

- Regressão linear simples

Permite medir a intensidade e sentido da associação entre as variáveis intervalo/rácio em estudo. É uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre  $-1$  e  $+1$ . Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, maior é associação linear. A associação pode ser negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, ou pode ser positiva se a variação for no mesmo sentido. Segundo Pestana e Gageiro (2008, p.181), se:

- ✓  $r < 0,2$  – associação muito baixa;  $r$  de  $0,2$  a  $0,39$  – associação baixa;  $r$  de  $0,4$  a  $0,69$  – associação moderada;  $r$  de  $0,7$  a  $0,89$  – associação alta;  $r$  de  $0,9$  a  $1$  – associação muito alta.

- Resíduos Ajustados

Como referem Pestana e Gageiro (2003, p. 141) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que (...)“os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...)“os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis”. Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a  $0,05$ , os seguintes valores de referência:

- ✓  $\geq 1,96$  diferença estatística significativa;
- ✓  $\leq -1,96$  diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

De destacar ainda que, em toda a análise estatística, assumiu-se  $5\%$  como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, ou seja, assume-se um grau de confiança de  $95\%$ , rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente adotaram-se os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2003):

- ✓  $p \geq 0,05$  Não significativo;
- ✓  $p < 0,05$  Estatística ligeiramente significativa;
- ✓  $p < 0,01$  Estatística muito significativa;
- ✓  $p < 0,001$  Estatística muitíssimo significativa.

A apresentação dos dados é efetuada através de tabelas de modo a facilitar a sua compreensão. A descrição e análise destes foram elaboradas com base na ordem que surge no instrumento de recolha de dados. A análise dos dados tem em consideração o conjunto de variáveis pertencentes a cada eixo e/ou dimensão do questionário, apesar de em determinadas circunstâncias se ter verificado a necessidade de se efetuar a sua distribuição por mais do que uma tabela. Torna-se ainda importante salientar, que durante a análise inferencial dos dados se dará maior relevância aos valores estatisticamente significativos, por forma a não tornar a leitura demasiado exaustiva.



## **5. RESULTADOS**

Tendo por base o objetivo que orientou a presente investigação, neste capítulo que remete à análise dos resultados, procuramos caracterizar não só a amostra, como os valores obtidos por estes para a variável dependente e independentes em estudo e também perceber como estas variáveis se associam entre si.

A apresentação dos dados resultantes da análise descritiva das variáveis em estudo terá em conta o género, pois a sua inclusão na avaliação dos riscos está consagrado na legislação comunitária. Uma abordagem neutra em termos de género na avaliação e prevenção dos riscos pode fazer com que os riscos incorridos pelas mulheres sejam subestimados ou mesmo ignorados. A integração do género é agora um componente central para as iniciativas políticas da UE e tem sido reconhecida como de importância fundamental para a saúde e segurança na Estratégia Comunitária (AESST, 2003, 2008b; CE, DGEASI, 2012, p. 34).

Em algumas questões presentes no inquérito INSAT, após a resposta positiva à primeira parte, na segunda parte da mesma é solicitado aos participantes que classifiquem o grau de incómodo. De forma a não tornar extensiva a sua análise, far-se-á referência a estes tendo em conta o seguinte agrupamento dos graus de incómodo:

- Reduzido e ausente (r/s) – Referente aos graus de incómodo: nenhum incómodo e pouco incómodo;
- Moderado e superior (m/s) – Referente aos graus de incómodo: incómodo e bastante incómodo.

Após a análise descritiva dos dados obtidos, segue-se a análise inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Através do estudo das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente da investigação, procede-se à verificação da validade dos objetivos enunciados.

## 5.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva dá corpo à delimitação das características da amostra em estudo e da qual sucedem os dados recolhidos. Permite caracterizar a amostra recorrendo às medidas de tendência central e de dispersão. Esta análise irá incidir nas diferentes variáveis que caracterizam a amostra e por uma questão de organização, dividiu-se a análise descritiva dos resultados da seguinte forma:

- Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de cuidados pessoais;
- Caracterização da atividade profissional;
- Caracterização das condições e características do trabalho relacionadas com constrangimentos ambientais e físicos;
- Caracterização das condições e características do trabalho relacionadas com constrangimentos organizacionais e relacionais;
- Caracterização das condições de vida fora do trabalho;
- Caracterização da formação e trabalho;
- Caracterização da saúde e trabalho;
- Caracterização das estratégias.

A apresentação gráfica dos dados é realizada recorrendo a tabelas, precedidas da análise correspondente, salienta-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respetivas tabelas.

- **Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores de cuidados pessoais**

- ✓ **Idade e género**

Pela análise dos resultados descritos na tabela 6, pode-se verificar que a amostra do nosso estudo é constituída por 120 inquiridos, 5 do género masculino (4,2%) e 115 do género feminino (95,8%). Constatou-se, que a idade oscila entre os 19 e os 65 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 43,21 anos, um dp de 10,812 anos e um CV de 25,02%, permitindo afirmar que existe uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do género, verifica-se que a média de idades para o género masculino ( $\bar{x}=30,20$ ) é inferior à do género feminino ( $\bar{x}=43,77$ ). Ambos os géneros apresentam uma dispersão moderada ( $CV > 15\%$ ), com diferença entre as médias estatisticamente significativa ( $p=0,010$ ). Analisando as medidas

de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std.Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std.Error), pode inferir-se que a distribuição das idades, em ambos os géneros e na amostra total, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 6 – Distribuição da amostra pela idade em função do género

Idade	n	Min	Máx	$\bar{x}$	dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ord. Médias	
<b>Género</b>										
<b>Masculino</b>	5	20	43	30,20	8,349	0,79	0,86	27,64	21,20	U=91,000
<b>Feminino</b>	115	19	65	43,77	10,571	-0,42	-1,49	24,16	62,21	Z=-2,582
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>19</b>	<b>65</b>	<b>43,21</b>	<b>10,812</b>	<b>-0,37</b>	<b>-1,60</b>	<b>25,02</b>		<b>p=0,010</b>

### ✓ **Grupo etário e género**

Analisando os resultados em função da distribuição da amostra por grupos etários (cf. tabela 7), averigua-se que o grupo etário mais representativo é o dos 39-48 anos (37,5%) seguindo-se os grupos dos 29-38 anos (23,3%), dos 49-58 anos (22,5%), surgindo por último os grupos etários dos 19-28 anos e dos 59-68 anos, ambos com uma representatividade de 8,3%.

Particularizando a análise em função do género pode constatar-se que os participantes do género masculino têm maior representatividade (40%) nos grupos etários 19-28 anos e 29-38, obtendo menos representatividade no grupo etário dos 39-48 anos. Não existe na amostra nenhum indivíduo do género masculino nos grupos etários compreendidos entre os 49-58 anos e os 59-68 anos. Relativamente ao género feminino, verifica-se que a expressão da distribuição das idades, associada ao grupo etário mais representativo é o grupo dos 39-48 anos (38,3%), seguido dos grupos dos 49-58 anos (23,5%), dos 29-38 anos (22,6%), dos 59-68 anos (8,7%), apresentando menor representatividade no grupo etário dos 19-28 anos (7%). Contudo, ao realizar-se uma análise mais detalhada através dos valores residuais verifica-se que a representatividade dos participantes do género masculino no grupo etário 19-28 anos é estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Tabela 7 - Distribuição da amostra pelo grupo etário em função do género

Grupo Etário	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.		
19-28 anos	2	40,0	8	7,0	10	8,3	2,6	-2,6		
29-38 anos	2	40,0	26	22,6	28	23,3	0,9	-0,9		
39-48 anos	1	20,0	44	38,3	45	37,5	-0,8	0,8		
49-58 anos	-	0,0	27	23,5	27	22,5	Não aplicável			
59-68 anos	-	0,0	10	8,7	10	8,3	Não aplicável			
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>				

#### ✓ **Estado civil e género**

No que diz respeito ao estado civil (cf. tabela 8), inferiu-se que a maioria dos inquiridos é casada (68,3%), seguido do grupo dos solteiros (24,2%). Os menos representativos são os grupos dos viúvos (5%) e divorciados (2,5%). Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que tal como na amostra total, temos como mais representativo o estado casado, no género masculino com 60% e no género feminino com 68,7%. Segue-se o grupo dos solteiros em ambos os géneros com 40% e 23,5% prospectivamente. Os grupos dos viúvos e divorciados apenas têm representatividade no género feminino com 5,2% e 2,6% respetivamente. Pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 8 - Distribuição da amostra pelo estado civil em função do género

Estado Civil	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.		
Solteiro	2	40,0	27	23,5	29	24,2	0,8	-0,8		
Casado	3	60,0	79	68,7	82	68,3	-0,4	0,4		
Viúvo	-	0,0	6	5,2	6	5,0	Não aplicável			
Divorciado	-	0,0	3	2,6	3	2,5	Não aplicável			
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>				

#### ✓ **Habilitações literárias e género**

Relativamente aos resultados inerentes às habilitações literárias expressas na tabela 9, pode afirmar-se que o grupo mais representativo é o grupo com o 3º ciclo (45,8%), seguido do grupo dos indivíduos com o ensino secundário (25,8%), sendo os menos representativos os grupos do 2º ciclo (13,3%), 1º ciclo (11,7%) e ensino superior (3,3%).

Uma análise detalhada em função do género, permite inferir que o género masculino obtém uma representatividade de indivíduos estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com o ensino secundário (100%).

Tabela 9 - Distribuição da amostra pelas habilitações literárias em função do género

Habilitações Literárias	Género		Total		Residuais		
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masc.	Fem.	
	n	%	n	%	n	%	
1.º Ciclo (4ª classe)	-	0,0	14	12,2	14	11,7	Não aplicável
2.º Ciclo (6º ano)	-	0,0	16	13,9	16	13,3	Não aplicável
3.º Ciclo (9º ano)	-	0,0	55	47,8	55	45,8	Não aplicável
Ensino Secundário (12º ano)	5	100,0	26	22,6	31	25,8	3,9
Ensino Superior	-	0,0	4	3,5	4	3,3	-3,9
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	

Em síntese, verifica-se que a média de idades dos indivíduos da amostra é de 43,21anos (dp=10,812 anos; CV=25,02%), sendo o grupo etário dos 39-48 anos o mais representativo. A média de idades para o género masculino ( $\bar{x}=30,20$ ) (grupo etário mais representativo é o dos 19-28 anos;  $p < 0,05$ ) é inferior à do género feminino ( $\bar{x}=43,77$ ), sendo esta diferença estatisticamente significativa (CV> 15%;  $p=0,010$ ). A maioria dos inquiridos são casados (68,3%) e o grau de escolaridade mais representativo é o 3º ciclo (45,8%), apresentando o género masculino uma maior representatividade de indivíduos no grupo do ensino secundário (100%;  $p < 0,05$ ).

- **Caracterização da atividade profissional**

- ✓ **Situação laboral**

No que concerne à caracterização da situação laboral, a maioria dos indivíduos (99,2%) apresenta um **contrato de trabalho formal**. O **contrato sem termo** verifica-se na maioria dos indivíduos (87,5%), no entanto, após análise dos valores residuais, verifica-se que os trabalhadores do género masculino apresentam uma maior representatividade na situação laboral de contrato a termo (60%), relativamente aos do género feminino (89,6%), com maior proporção de indivíduos a contrato sem termo (cf. tabela 10). A **não realização da atividade profissional em diferentes empresas** é referida por 96,7% do total dos inquiridos.

Tabela 10 - Distribuição da amostra pela situação laboral em função do género

Situação Laboral	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Contrato sem termo	2	40,0	103	89,6	105	87,5	-3,3	3,3
Contrato a termo	3	60,0	12	10,4	15	12,5	3,3	-3,3
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>	<b>115</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>		

Pela análise dos resultados descritos na tabela 11, pode-se verificar que o tempo de serviço oscila entre 1 e os 36 anos, correspondendo-lhe uma média de 11,58 anos, um dp de 8,851 anos e um CV de 76,43%, permitindo afirmar que existe uma dispersão elevada em torno da média. Analisando a distribuição da amostra relativamente ao tempo de serviço em função do género, verifica-se que a média em anos do tempo de serviço para o género masculino ( $\bar{x}=5,58$ ) é inferior à do género feminino ( $\bar{x}=11,85$ ). Ambos os géneros apresentam uma dispersão elevada ( $CV > 30\%$ ), com diferença entre as médias não estatisticamente significativa ( $U=147,500$ ;  $p=0,066$ ). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), pode inferir-se que a distribuição dos anos de serviço em ambos os géneros e na amostra total, é assimétrica positiva e mesocúrtica.

Tabela 11 - Distribuição da amostra pelo tempo de serviço em função do género

Tempo Serviço	n	Min	Máx	$\bar{x}$	dp	Sk/Std <sub>Error</sub>	K/Std <sub>Error</sub>	CV (%)	Teste U de Mann Whitney	
									Ord. Médias	
<b>Género</b>										
<b>Masculino</b>	5	1	19	5,58	7,796	2,05	1,71	139,71	32,50	U=147,500
<b>Feminino</b>	115	1	36	11,85	8,831	2,65	-1,17	74,52	61,72	Z=-1,840
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>11,58</b>	<b>8,851</b>	<b>2,78</b>	<b>-1,18</b>	<b>76,43</b>		$p=0,066$

#### ✓ **Horário de Trabalho**

No que concerne ao tipo de horário de trabalho verifica-se (cf. tabela 12) uma maior proporção de indivíduos a efetuar a sua atividade profissional em horário fixo (55,8%), ao qual não estão subjacentes quaisquer variações, ao invés dos restantes trabalhadores que efetuem o horário irregular (44,2%). O trabalho em turnos rotativos, caracterizado por ter subjacente uma mudança semanal, quinzenal ou mensal, é referido por 50% dos indivíduos. Do total dos inquiridos, 47,5% realizada o seu trabalho nos períodos diurno e noturno (horário misto). Perante a análise dos valores residuais, pode-se constatar que não existem diferenças significativas entre os géneros relativamente ao horário de trabalho.

Tabela 12 - Distribuição da amostra pelo tipo de horário de trabalho em função do género

Variáveis (tipo de horário...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Horário fixo</b>										
Não		3	60,0	50	43,5	53	44,2	0,7	-0,7	
Sim		2	40,0	65	56,5	67	55,8	-0,7	0,7	
<b>Horário irregular</b>										
Não		2	40,0	65	56,5	67	55,8	-0,7	0,7	
Sim		3	60,0	50	43,5	53	44,2	0,7	-0,7	
<b>Trabalho em horário normal</b>										
Não		4	80,0	100	87,0	104	86,7	-0,4	0,4	
Sim		1	20,0	15	13,0	16	13,3	0,4	-0,4	
<b>Trabalho em turnos fixos</b>										
Não		4	80,0	72	62,6	76	63,3	0,8	-0,8	
Sim		1	20,0	43	37,4	44	36,7	-0,8	0,8	
<b>Trabalho em turnos rotativos</b>										
Não		2	40,0	58	50,4	60	50,0	-0,5	0,5	
Sim		3	60,0	57	49,6	60	50,0	0,5	-0,5	
<b>Horário diurno</b>										
Não		3	60,0	64	55,7	67	55,8	0,2	-0,2	
Sim		2	40,0	51	44,3	53	44,2	-0,2	0,2	
<b>Horário noturno</b>										
Não		5	100,0	105	91,3	110	91,7	0,7	-0,7	
Sim		-	0,0	10	8,7	10	8,3	Não aplicável		
<b>Horário misto</b>										
Não		2	40,0	61	53,0	63	52,5	-0,6	0,6	
Sim		3	60,0	54	47,0	57	47,5	0,6	-0,6	

Em suma, no que concerne à atividade laboral, verificamos que os trabalhadores apresentam um contrato de trabalho formal (99,2%) sem termo (87,5%), onde os indivíduos do género feminino apresentam uma maior representatividade desta situação laboral (89,6%). A não realização da atividade profissional em diferentes empresas é referida por 96,7% do total dos inquiridos. O tempo de serviço médio é de 11,58 anos ( $dp=8,851$  anos;  $CV=76,43\%$ ), sendo esta média inferior no género masculino ( $\bar{x}=5,58$ ; feminino  $\bar{x}=11,85$ ). O horário fixo é efetuado por 55,8% da amostra, enquanto 50% se encontra em regime de turnos rotativos e 47,5%, o efetua nos períodos diurno e noturno.

- **Caracterização das condições e características do trabalho relacionadas com constrangimentos ambientais e físicos**

- ✓ **Dimensão Ambiental**

No que se refere à exposição a constrangimentos ambientais no local de trabalho (cf. tabelas 13 e 14), os trabalhadores identificam como os mais representativos: **agentes biológicos** (61,7%) com os graus de incómodo de r/a para 50% e m/s para 41,9% da

amostra; **produtos químicos** (44,2%; GI – r/a 79,2%); **calor/frio ou variações de temperatura extremas** (42,5%; GI – m/s 68,6%, r/a 25,5%) e **ruído nocivo ou incómodo** (20,8%; GI – m/s 44%, r/a 52%). A exposição aos produtos químicos apresenta maior significância para o género masculino ( $p < 0,05$ ).

Tabela 13 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *ruído nocivo ou incómodo, vibrações, radiações, calor/frio ou variações de temperatura, poeiras ou gases, agentes biológicos*, em função do género

Variáveis (Exposição a ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Ruído nocivo ou incómodo</b>										
Não		5	100,0	90	78,3	95	79,2	1,2	1,2	
Sim		-	0,0	25	21,7	25	20,8	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	1	4,0	1	4,0	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Incómodo	-	0,0	11	44,0	11	44,0	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	13	52,0	13	52,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável		
<b>Vibrações</b>										
Não		4	80,0	102	88,7	106	88,3	-0,6	0,6	
Sim		1	20,0	13	11,3	14	11,7	0,6	-0,6	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Bastante incómodo	-	0,0	3	23,1	3	21,4	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	4	30,8	4	28,6	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	5	38,5	5	35,7	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	100,0	1	7,7	2	14,3	Não aplicável		
<b>Radiações</b>										
Não		5	100,0	113	98,3	118	98,3	0,3	-0,3	
Sim		-	0,0	2	1,7	2	1,7	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Bastante incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Pouco incómodo	-	0,0	1	50,0	1	50,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	50,0	1	50,0	Não aplicável		
<b>Calor/frio ou variações de temperatura</b>										
Não		4	80,0	65	56,5	69	57,5	1,0	-1,0	
Sim		1	20,0	50	43,5	51	42,5	-1,0	1,0	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	6,0	3	5,9	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	10	20,0	10	19,6	Não aplicável		
	Incómodo	1	100,0	24	48,0	25	49,0	1,0	-1,0	
	Pouco incómodo	-	0,0	12	24,0	12	23,5	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	2,0	1	2,0	Não aplicável		
<b>Poeiras ou gases</b>										
Não		4	80,0	103	89,6	107	89,2	-0,7	0,7	
Sim		1	20,0	12	10,4	13	10,8	0,7	-0,7	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Bastante incómodo	1	100,0	1	8,3	2	15,4	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	3	25,0	3	23,1	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	7	58,3	7	53,8	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	8,3	1	7,7	Não aplicável		
<b>Agentes biológicos</b>										
Não		3	60,0	43	37,4	46	38,3	1,0	-1,0	
Sim		2	40,0	72	62,6	74	61,7	-1,0	1,0	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	6	8,3	6	8,1	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	50,0	8	11,1	9	12,2	1,7	-1,7	
	Incómodo	-	0,0	22	30,6	22	29,7	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	50,0	28	38,9	29	39,2	0,3	-0,3	
	Nenhum incómodo	-	0,0	8	11,1	8	10,8	Não aplicável		

Tabela 14 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *produtos químicos e iluminação inadequada*, em função do género

Variáveis (Exposição a ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Produtos químicos</b>										
Não		-	0,0	67	58,3	67	55,8	Não aplicável		
Sim		5	100,0	48	41,7	53	44,2	2,6	-2,6	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	1	2,1	1	1,9	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	1	2,1	1	1,9	Não aplicável		
	Incómodo	1	20,0	8	16,7	9	17,0	0,2	-0,2	
	Pouco incómodo	3	60,0	27	56,3	30	56,6	0,2	-0,2	
	Nenhum incómodo	1	20,0	11	22,9	12	22,6	-0,1	0,1	
<b>Iluminação inadequada</b>										
Não		3	60,0	99	86,1	102	85,0	-1,6	1,6	
Sim		2	40,0	16	13,9	18	15,0	1,6	-1,6	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	5	31,3	5	27,8	Não aplicável		
	Incómodo	1	50,0	4	25,0	5	27,8	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	50,0	4	25,0	5	27,8	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	3	18,8	3	16,7	Não aplicável		

#### ✓ **Constrangimentos físicos**

Face à exposição a constrangimentos físicos no local de trabalho, os trabalhadores identificam como os mais representativos: **esforços físicos intensos** (90,8%; GI – m/s 59,6%, muito incómodo 32,1%); **permanecer muito tempo em pé com deslocamento** (88,3%; GI – m/s 65,1%, r/a 24,5%); **posturas penosas** (81,7%; GI – m/s 76,5%), **subir e descer com muita frequência** (53,3%; GI – m/s 73,4%, r/a 21,9%) e **permanecer muito tempo de pé na mesma posição** (45%; GI – m/s 73,4%, muito incómodo 24,1%). Pela análise dos valores residuais (cf. tabelas 15 e 16), constata-se que não há diferenças estatísticas significativas entre os géneros.

Tabela 15 - Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *gestos repetitivos, gestos precisos, posturas penosas, esforços físicos intensos, permanecer muito tempo de pé na mesma posição, permanecer muito tempo de pé com deslocamento e permanecer muito tempo sentado*, em função do género

Variáveis (Ser obrigado a ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Gestos repetitivos</b>										
Não		2	40,0	54	47,0	56	46,7	-0,3	0,3	
Sim		3	60,0	61	53,0	64	53,3	0,3	-0,3	
Grau de incómodo	Muito incómodo	1	33,3	6	9,8	7	10,9	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	10	16,4	10	15,6	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	19	31,1	19	29,7	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	33,3	24	39,3	25	39,1	-0,2	0,2	
	Nenhum incómodo	1	33,3	2	3,3	3	4,7	Não aplicável		
<b>Gestos precisos</b>										
Não		2	40,0	79	68,7	81	67,5	-1,3	1,3	
Sim		3	60,0	36	31,3	39	32,5	1,3	-1,3	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	8,3	3	7,7	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	33,3	6	16,7	7	17,9	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	10	27,8	10	25,6	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	10	27,8	10	25,6	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	2	66,7	7	19,4	9	23,1	1,9	-1,9	
<b>Posturas penosas</b>										
Não		1	20,0	21	18,3	22	18,3	0,1	-0,1	
Sim		4	80,0	94	81,7	98	81,7	-0,1	0,1	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	18	19,1	18	18,4	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	25,0	34	36,2	35	35,7	-0,5	0,5	
	Incómodo	1	25,0	39	41,5	40	40,8	-0,7	0,7	
	Pouco incómodo	2	50,0	3	3,2	5	5,1	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
<b>Esforços físicos intensos</b>										
Não		1	20,0	10	8,7	11	9,2	0,9	-0,9	
Sim		4	80,0	105	91,3	109	90,8	-0,9	0,9	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	35	33,3	35	32,1	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	25,0	28	26,7	29	26,6	-0,1	0,1	
	Incómodo	2	50,0	34	32,4	36	33,0	0,7	-0,7	
	Pouco incómodo	1	25,0	8	7,6	9	8,3	1,2	-1,2	
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
<b>Permanecer muito tempo de pé na mesma posição</b>										
Não		3	60,0	63	54,8	66	55,0	0,2	-0,2	
Sim		2	40,0	52	45,2	54	45,0	-0,2	0,2	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	13	25,0	13	24,1	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	13	25,0	13	24,1	Não aplicável		
	Incómodo	1	50,0	23	44,2	24	44,4	0,2	-0,2	
	Pouco incómodo	-	0,0	3	5,8	3	5,6	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	50,0	-	0,0	1	1,9	Não aplicável		
<b>Permanecer muito tempo de pé com deslocamento</b>										
Não		-	0,0	14	12,2	14	11,7	Não aplicável		
Sim		5	100,0	101	87,8	106	88,3	-0,8	0,8	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	11	10,9	11	10,4	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	20,0	23	22,8	24	22,6	-0,1	0,1	
	Incómodo	1	20,0	44	43,6	45	42,5	-1,0	1,0	
	Pouco incómodo	2	40,0	23	22,8	25	23,6	0,9	-0,9	
	Nenhum incómodo	1	20,0	-	0,0	1	0,9	Não aplicável		
<b>Permanecer muito tempo sentado</b>										
Não		5	100,0	108	93,9	113	94,2	0,6	-0,6	
Sim		-	0,0	7	6,1	7	5,8	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	5	71,4	5	71,4	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	1	14,3	1	14,3	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	1	14,3	1	14,3	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável		

Tabela 16 - Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos, *subir e descer com muita frequência e local pouco organizado ergonomicamente*, em função do género

Variáveis (Ser obrigado a ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Subir e descer com muita frequência</b>										
Não		4	80,0	52	45,2	56	46,7	1,5	-1,5	
Sim		1	20,0	63	54,8	64	53,3	-1,5	1,5	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	4,8	3	4,7	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	16	25,4	16	25,0	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	31	49,2	31	48,4	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	9	14,3	9	14,1	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	100,0	4	6,3	5	7,8	Não aplicável		
<b>Local pouco organizado ergonomicamente</b>										
Não		4	80,0	95	82,6	99	82,5	-0,2	0,2	
Sim		1	20,0	20	17,4	21	17,5	0,2	-0,2	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	5	25,0	5	23,8	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	100,0	7	35,0	8	38,1	1,3	-1,3	
	Incómodo	-	0,0	6	30,0	6	28,6	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	1	5,0	1	4,8	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	5,0	1	4,8	Não aplicável		

- **Caracterização das condições e características do trabalho relacionadas com constrangimentos organizacionais e relacionais**

✓ **Ritmo de Trabalho**

No que se refere à exposição dos trabalhadores a constrangimentos relacionados com o ritmo de trabalho, estes identificam como sendo os mais representativos: **depender dos pedidos diretos dos clientes** (74,2%; GI – r/a 57,3%, m/s 41,5%); **ritmo de trabalho intenso** (69,2%; GI – m/s 54,2%, m/i 28,9%); **depender das colegas para realizar o trabalho** (57,5%; GI – m/s 47,8%, r/a 47,8%); **adaptar-se permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho** (55%; GI – m/s 51,5%, r/a 46,9%); **ter que gerir instruções contraditórias** (47,5%; GI – m/s 66,6%), **ser frequentemente interrompido** (46,7%; GI – m/s 73%) e **cumprir normas ou prazos rígidos** (44,2%; GI – m/s 52,8%, r/a 41,6%). Pela análise (cf. tabelas 17 e 18) dos valores residuais, constata-se que a adaptação permanente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho e ter de manter o olhar fixo no trabalho, sem qualquer possibilidade de o desviar, apresenta maior significância estatística para o género masculino ( $p < 0,05$ ).

Tabela 17 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *ritmo de trabalho intenso, depender das colegas para realizar o trabalho, depender dos pedidos diretos dos clientes, cumprir normas ou prazos rígidos, adaptar permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho, ter de gerir instruções contraditórias e longos períodos de tempo ao computador*, em função do género

Variáveis (Exposição a situações de ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Ritmo de trabalho intenso</b>										
Não		1	20,0	36	31,3	37	30,8	-0,5	0,5	
Sim		4	80,0	79	68,7	83	69,2	0,5	-0,5	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	24	30,4	24	28,9	Não aplicável		
	Bastante incómodo	2	50,0	22	27,8	24	28,9	1,0	-1,0	
	Incómodo	1	25,0	20	25,3	21	25,3	0,0	0,0	
	Pouco incómodo	-	0,0	9	11,4	9	10,8	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	25,0	4	5,1	5	6,0	Não aplicável		
<b>Depender das colegas para realizar o trabalho</b>										
Não		3	60,0	48	41,7	51	42,5	0,8	-0,8	
Sim		2	40,0	67	58,3	69	57,5	-0,8	0,8	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	4,5	3	4,3	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	50,0	13	19,4	14	20,3	1,1	-1,1	
	Incómodo	-	0,0	19	28,4	19	27,5	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	15	22,4	15	21,7	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	50,0	17	25,4	18	26,1	0,8	-0,8	
<b>Depender dos pedidos diretos dos clientes</b>										
Não		-	0,0	31	27,0	31	25,8	Não aplicável		
Sim		5	100,0	84	73,0	89	74,2	1,3	-1,3	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	1	1,2	1	1,1	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	6	7,1	6	6,7	Não aplicável		
	Incómodo	1	20,0	30	35,7	31	34,8	-0,7	0,7	
	Pouco incómodo	1	20,0	27	32,1	28	31,5	-0,6	0,6	
	Nenhum incómodo	3	60,0	20	23,8	23	25,8	1,8	-1,8	
<b>Cumprir normas ou prazos rígidos</b>										
Não		2	40,0	65	56,5	67	55,8	-0,7	0,7	
Sim		3	60,0	50	43,5	53	44,2	0,7	-0,7	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	6,0	3	5,7	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	9	18,0	9	17,0	Não aplicável		
	Incómodo	1	33,3	18	36,0	19	35,8	-0,1	0,1	
	Pouco incómodo	1	33,3	10	20,0	11	20,8	0,6	-0,6	
	Nenhum incómodo	1	33,3	10	20,0	11	20,8	0,6	-0,6	
<b>Adaptar permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho</b>										
Não		-	0,0	54	47,0	54	45,0	Não aplicável		
Sim		5	100,0	61	53,0	66	55,0	2,1	-2,1	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	1	1,6	1	1,5	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	20,0	5	8,2	6	9,1	Não aplicável		
	Incómodo	1	20,0	27	44,3	28	42,4	-1,1	1,1	
	Pouco incómodo	1	20,0	15	24,6	16	24,2	-0,2	0,2	
	Nenhum incómodo	2	40,0	13	21,3	15	22,7	1,0	-1,0	
<b>Ter que gerir instruções contraditórias</b>										
Não		1	20,0	62	53,9	63	52,5	-1,5	1,5	
Sim		4	80,0	53	46,1	57	47,5	1,5	-1,5	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	8	15,1	8	14,0	Não aplicável		
	Bastante incómodo	2	50,0	17	32,1	19	33,3	0,7	-0,7	
	Incómodo	1	25,0	18	34,0	19	33,3	-0,4	0,4	
	Pouco incómodo	1	25,0	9	17,0	10	17,5	0,4	-0,4	
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	1,9	1	1,8	Não aplicável		
<b>Longos períodos de tempo ao computador</b>										
Não		5	100,0	114	99,1	119	99,2	0,2	-0,2	
Sim		-	0,0	1	0,9	1	0,8	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	1	100,0	1	100,0	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável		

Tabela 18 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *ser frequentemente interrompido, ter de levar trabalho para casa e manter o olhar fixo no trabalho sem qualquer possibilidade de o desviar*, em função do género

Variáveis (Exposição a situações de ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Ser frequentemente interrompido</b>										
Não			4	80,0	60	52,2	64	53,3	1,2	-1,2
Sim			1	20,0	55	47,8	56	46,7	-1,2	1,2
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	3	5,5	3	5,4	Não aplicável	
	Bastante incómodo		-	0,0	8	14,5	8	14,3	Não aplicável	
	Incómodo		-	0,0	34	61,8	34	60,7	Não aplicável	
	Pouco incómodo		-	0,0	9	16,4	9	16,1	Não aplicável	
	Nenhum incómodo		1	100,0	1	1,8	2	3,6	Não aplicável	
<b>Ter que levar trabalho para casa</b>										
Não			5	100,0	109	94,8	114	95,0	0,5	-0,5
Sim			-	0,0	6	5,2	6	5,0	Não aplicável	
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Bastante incómodo		-	0,0	1	16,7	1	16,7	Não aplicável	
	Incómodo		-	0,0	2	33,3	2	33,3	Não aplicável	
	Pouco incómodo		-	0,0	2	33,3	2	33,3	Não aplicável	
	Nenhum incómodo		-	0,0	1	16,7	1	16,7	Não aplicável	
<b>Hipersolicitação</b>										
Não			2	40,0	87	75,7	89	74,2	-1,8	1,8
Sim			3	60,0	28	24,3	31	25,8	1,8	-1,8
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Bastante incómodo		1	33,3	4	14,3	5	16,1	Não aplicável	
	Incómodo		-	0,0	15	53,6	15	48,4	Não aplicável	
	Pouco incómodo		2	66,2	6	21,4	8	25,8	1,7	-1,7
	Nenhum incómodo		-	0,0	3	10,7	3	9,7	Não aplicável	
<b>Manter o olhar fixo no trabalho, sem qualquer possibilidade de o desviar</b>										
Não			3	60,0	104	90,4	107	89,2	-2,1	2,1
Sim			2	40,0	11	9,6	13	10,8	2,1	-2,1
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	1	9,1	1	7,7	Não aplicável	
	Bastante incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Incómodo		-	0,0	2	18,2	2	15,4	Não aplicável	
	Pouco incómodo		2	100,0	6	54,5	8	61,5	1,2	-1,2
	Nenhum incómodo		-	0,0	2	18,2	2	15,4	Não aplicável	

### ✓ *Tempo de Trabalho*

Na análise à exposição dos trabalhadores a constrangimentos relacionados com o tempo de trabalho, são identificados como os mais representativos: **ter que manter disponibilidade permanente** (54,2%; GI – m/s 50,8%, r/a 40%); **ter de ultrapassar o horário normal de trabalho** (50,8%; GI – m/s 57,4%, r/a 32,8%); **ter de encurtar ou não realizar a pausa para a refeição, devido ao trabalho** (45,8%; GI – m/s 47,3%, r/a 32,7%) e **ter de dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho** (41,7%; GI – m/s 50%, m/i 38%). Pela análise (cf. tabelas 19 e 20) dos valores residuais, constata-se que há diferenças estatísticas significativas entre os géneros relativamente ao tipo de horário de trabalho que obriga ao levantar antes das cinco da manhã, apresentando maior significância para o género masculino ( $p < 0,05$ ).

Tabela 19 – Distribuição da amostra pela exposição ao constrangimento *ter de ultrapassar o horário normal de trabalho, ter de dormir a horas pouco usuais, ter de encurtar ou não realizar a pausa para a refeição, horário que me obriga a deitar depois da meia-noite, horário que obriga levantar antes das 5 da manhã, ter que manter disponibilidade permanente e fazer deslocações profissionais frequentes*, em função do género

Variáveis (Exposição a situações de ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Ter de ultrapassar o horário normal de trabalho</b>										
Não		4	80,0	55	47,8	59	49,2	1,4	-1,4	
Sim		1	20,0	60	52,2	61	50,8	-1,4	1,4	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	6	10,0	6	9,8	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	9	15,0	9	14,8	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	26	43,3	26	42,6	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	15	25,0	15	24,6	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	100,0	4	6,7	5	8,2	Não aplicável		
<b>Ter de dormir a horas pouco usuais</b>										
Não		3	60,0	67	58,3	70	58,3	0,1	-0,1	
Sim		2	40,0	48	41,7	50	41,7	-0,1	0,1	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	19	39,6	19	38,0	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	50,0	10	20,8	11	22,0	1,0	-1,0	
	Incómodo	-	0,0	14	29,2	14	28,0	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	4	8,3	4	8,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	50,0	1	2,1	2	4,0	Não aplicável		
<b>Ter de encurtar ou não realizar a pausa para a refeição</b>										
Não		2	40,0	63	54,8	65	54,2	-0,6	0,6	
Sim		3	60,0	52	45,2	55	45,8	0,6	-0,6	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	18	34,6	18	32,7	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	33,3	11	21,2	12	21,8	0,5	-0,5	
	Incómodo	-	0,0	14	26,9	14	25,5	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	6	11,5	6	10,9	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	2	66,7	3	5,8	5	9,1	Não aplicável		
<b>Horário que me obriga a deitar depois da meia-noite</b>										
Não		2	40,0	77	67,0	79	65,8	-1,2	1,2	
Sim		3	60,0	38	33,0	41	34,2	1,2	-1,2	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	5	13,2	5	12,2	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	33,3	7	18,4	8	19,5	0,6	-0,6	
	Incómodo	-	0,0	13	34,2	13	31,7	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	33,3	10	26,3	11	26,8	0,3	-0,3	
	Nenhum incómodo	1	33,3	3	7,9	4	9,8	Não aplicável		
<b>Horário que obriga levantar antes das 5 da manhã</b>										
Não		3	60,0	107	93,0	110	91,7	-2,6	2,6	
Sim		2	40,0	8	7,0	10	8,3	2,6	-2,6	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Bastante incómodo	1	50,0	2	25,0	3	30,0	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	3	37,5	3	30,0	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	1	12,5	1	10,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	50,0	2	25,0	3	30,0	Não aplicável		
<b>Ter que manter disponibilidade permanente</b>										
Não		3	60,0	52	45,2	55	45,8	0,6	-0,6	
Sim		2	40,0	63	54,8	65	54,2	-0,6	0,6	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	6	9,5	6	9,2	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	7	11,1	7	10,8	Não aplicável		
	Incómodo	1	50,0	25	39,7	26	40,0	0,3	-0,3	
	Pouco incómodo	-	0,0	15	23,8	15	23,1	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	1	50,0	10	15,9	11	16,9	1,3	-1,3	
<b>Fazer deslocações profissionais frequentes</b>										
Não		4	80,0	103	89,6	107	89,2	-0,7	0,7	
Sim		1	20,0	12	10,4	13	10,8	0,7	-0,7	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	25,0	3	23,1	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	2	16,7	2	15,4	Não aplicável		
	Incómodo	1	100,0	5	41,7	6	46,2	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Nenhum incómodo	-	0,0	2	16,7	2	15,4	Não aplicável		

Tabela 20 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *horário que obriga levantar antes das 5 da manhã, ter que manter disponibilidade permanente e fazer deslocações profissionais frequentes*, em função do género

Variáveis (Exposição a situações de ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Horário que obriga levantar antes das 5 da manhã</b>										
Não			3	60,0	107	93,0	110	91,7	-2,6	2,6
Sim			2	40,0	8	7,0	10	8,3	2,6	-2,6
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Bastante incómodo		1	50,0	2	25,0	3	30,0	Não aplicável	
	Incómodo		-	0,0	3	37,5	3	30,0	Não aplicável	
	Pouco incómodo		-	0,0	1	12,5	1	10,0	Não aplicável	
	Nenhum incómodo		1	50,0	2	25,0	3	30,0	Não aplicável	
<b>Ter que manter disponibilidade permanente</b>										
Não			3	60,0	52	45,2	55	45,8	0,6	-0,6
Sim			2	40,0	63	54,8	65	54,2	-0,6	0,6
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	6	9,5	6	9,2	Não aplicável	
	Bastante incómodo		-	0,0	7	11,1	7	10,8	Não aplicável	
	Incómodo		1	50,0	25	39,7	26	40,0	0,3	-0,3
	Pouco incómodo		-	0,0	15	23,8	15	23,1	Não aplicável	
	Nenhum incómodo		1	50,0	10	15,9	11	16,9	1,3	-1,3
<b>Fazer deslocações profissionais frequentes</b>										
Não			4	80,0	103	89,6	107	89,2	-0,7	0,7
Sim			1	20,0	12	10,4	13	10,8	0,7	-0,7
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	3	25,0	3	23,1	Não aplicável	
	Bastante incómodo		-	0,0	2	16,7	2	15,4	Não aplicável	
	Incómodo		1	100,0	5	41,7	6	46,2	Não aplicável	
	Pouco incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Nenhum incómodo		-	0,0	2	16,7	2	15,4	Não aplicável	

#### ✓ **Autonomia e iniciativa**

Relativamente à exposição dos trabalhadores a constrangimentos relacionados com a autonomia e iniciativa, na análise à tabela 21, constata-se que a maioria dos trabalhadores referem não estar expostos a estes constrangimentos, não havendo diferenças significativas entre os géneros.

Tabela 21 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *impossibilidade de alterar o trabalho definido, impossibilidade de escolher os momentos de pausa, impossibilidade de alterações ao horário e impossibilidade de participar em decisões relativas ao trabalho*, em função do género

Variáveis (Exposição a situações de ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Impossibilidade de alterar o trabalho definido</b>										
Não		4	80,0	91	79,1	95	79,2	0,0	0,0	
Sim		1	20,0	24	20,9	25	20,8	0,0	0,0	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	2	8,3	2	8,0	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	100,0	5	20,8	6	24,0	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	6	25,0	6	24,0	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	6	25,0	6	24,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	5	20,8	5	20,0	Não aplicável		
<b>Impossibilidade de escolher os momentos de pausa</b>										
Não		5	100,0	81	70,4	86	71,7	1,4	-1,4	
Sim		-	0,0	34	29,6	34	28,3	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	4	11,8	4	11,8	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	5	14,7	5	14,7	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	6	17,6	6	17,6	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	13	38,2	13	38,2	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	6	17,6	6	17,6	Não aplicável		
<b>Impossibilidade de alterações ao horário</b>										
Não		4	80,0	100	87,0	104	86,7	-0,4	0,4	
Sim		1	20,0	15	13,0	16	13,3	0,4	-0,4	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	2	13,3	2	12,5	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	2	13,3	2	12,5	Não aplicável		
	Incómodo	1	100,0	6	40,0	7	43,8	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	4	26,7	4	25,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	6,7	1	6,3	Não aplicável		
<b>Impossibilidade de participar em decisões relativas ao trabalho</b>										
Não		4	80,0	88	76,5	92	76,7	0,2	-0,2	
Sim		1	20,0	27	23,5	28	23,3	-0,2	0,2	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	1	3,7	1	3,6	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	4	14,8	4	14,3	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	7	25,9	7	25,0	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	100,0	6	22,2	7	25,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	9	33,3	9	32,1	Não aplicável		

### ✓ **Relações de trabalho**

No que concerne exposição dos trabalhadores a constrangimentos relacionados com as relações de trabalho, a exposição à **frequente necessidade de ajuda dos colegas** é identificada por 90,8% da amostra, embora 78% classifiquem esta exposição nos graus de incómodo r/a. O **pouco reconhecimento pelas chefias** é referido por 47,5% dos inquiridos, com 73,7% nos graus de incómodo m/s. A **exposição ao risco de agressão verbal** é apontada por 45,8% da amostra, com classificação nos graus de incómodo m/s de 69,1% e muito incómodo 18,2%. O **pouco reconhecimento pelos colegas** apresenta uma expressão de 41,7% da amostra, onde 84% destes a classificam nos graus de incómodo m/s. A **impossibilidade de se exprimir à vontade** é expressa por 40,8% dos inquiridos, classificando como graus de incómodo m/s 69,3% e muito incómodo 18,4%. Observam-se diferenças estatísticas significativas entre os géneros no grau de incómodo resultante da

exposição ao risco de agressão verbal (bastante incómodo), com maior significância para o género masculino ( $p < 0,05$ ) (cf. tabelas 22, 23 e 24).

Tabela 22 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *frequente a necessidade de ajuda dos colegas, frequente não ter ajuda dos colegas quando necessário, raro a troca de experiências ou truques para melhorar o trabalho, desconsiderada a opinião para o funcionamento do serviço e pouco reconhecido o que se faz pelas chefias*, em função do género

Variáveis (No trabalho é ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Frequente a necessidade de ajuda dos colegas</b>										
Não		1	20,0	10	8,7	11	9,2	0,9	-0,9	
Sim		4	80,0	105	91,3	109	90,8	-0,9	0,9	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	2	1,9	2	1,8	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	8	7,6	8	7,3	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	14	13,3	14	12,8	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	25,0	17	16,2	18	16,5	0,5	-0,5	
	Nenhum incómodo	3	75,0	64	61,0	67	61,5	0,6	-0,6	
<b>Frequente não ter ajuda dos colegas quando necessário</b>										
Não		4	80,0	96	83,5	100	83,3	-0,2	0,2	
Sim		1	20,0	19	16,5	20	16,7	0,2	-0,2	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	1	5,3	1	5,0	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	11	57,9	11	55,0	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	4	21,1	4	20,0	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	100,0	-	0,0	1	5,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	3	15,8	3	15,0	Não aplicável		
<b>Raro a troca de experiências ou truques para melhorar o trabalho</b>										
Não		5	100,0	98	85,2	103	85,8	0,9	-0,9	
Sim		-	0,0	17	14,8	17	14,2	-0,9	0,9	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	1	5,9	1	5,9	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	2	11,8	2	11,8	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	10	58,8	10	58,8	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	2	11,8	2	11,8	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	2	11,8	2	11,8	Não aplicável		
<b>Desconsiderada a opinião para o funcionamento do serviço</b>										
Não		5	100,0	92	80,0	97	80,8	1,1	-1,1	
Sim		-	0,0	23	20,0	23	19,2	-1,1	1,1	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	2	8,7	2	8,7	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	7	30,4	7	30,4	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	8	34,8	8	34,8	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	3	13,0	3	13,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	3	13,0	3	13,0	Não aplicável		
<b>Pouco reconhecido o que se faz pelas chefias</b>										
Não		3	60,0	60	52,2	63	52,5	0,3	-0,3	
Sim		2	40,0	55	47,8	57	47,5	-0,3	0,3	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	12	21,8	12	21,1	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	13	23,6	13	22,8	Não aplicável		
	Incómodo	2	100,0	27	49,1	29	50,9	1,4	-1,4	
	Pouco incómodo	-	0,0	2	3,6	2	3,5	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	1,8	1	1,8	Não aplicável		

Tabela 23 – Distribuição da amostra pela exposição aos *constrangimentos pouco reconhecido o que se faz pelos colegas, impossível exprimir à vontade, exposição ao risco de agressão verbal, exposição ao risco de agressão física, exposição ao risco de assédio sexual e exposição ao risco de assédio moral*, em função do género

Variáveis (No trabalho é ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Pouco reconhecido o que se faz pelos colegas</b>										
Não		4	80,0	66	57,4	70	58,3	1,0	-1,0	
Sim		1	20,0	49	42,6	50	41,7	-1,0	1,0	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	5	10,2	5	10,0	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	10	20,4	10	20,0	Não aplicável		
	Incómodo	1	100,0	31	63,3	32	64,0	0,8	-0,8	
	Pouco incómodo	-	0,0	2	4,1	2	4,0	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	2,0	1	2,0	Não aplicável		
<b>Impossível exprimir à vontade</b>										
Não		4	80,0	67	58,3	71	59,2	1,0	-1,0	
Sim		1	20,0	48	41,7	49	40,8	-1,0	1,0	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	9	18,8	9	18,4	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	11	22,9	11	22,4	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	23	47,9	23	46,9	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	100,0	4	8,3	5	10,2	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	2,1	1	2,0	Não aplicável		
<b>Exposição ao risco de agressão verbal</b>										
Não		3	60,0	62	53,9	65	54,2	0,3	-0,3	
Sim		2	40,0	53	46,1	55	45,8	-0,3	0,3	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	10	18,9	10	18,2	Não aplicável		
	Bastante incómodo	2	100,0	12	22,6	14	25,5	2,5	-2,5	
	Incómodo	-	0,0	24	45,3	24	43,6	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	7	13,2	7	12,7	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
<b>Exposição ao risco de agressão física</b>										
Não		4	80,0	82	71,3	86	71,7	0,4	-0,4	
Sim		1	20,0	33	28,7	34	28,3	-0,4	0,4	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	10	30,3	10	29,4	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	100,0	5	15,2	6	17,6	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	13	39,4	13	38,2	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	5	15,2	5	14,7	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
<b>Exposição ao risco de assédio sexual</b>										
Não		5	100,0	108	93,9	113	94,2	0,6	-0,6	
Sim		-	0,0	7	6,1	7	5,8	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Bastante incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Incómodo	-	0,0	5	71,4	5	71,4	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	2	28,6	2	28,6	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
<b>Exposição ao risco de assédio moral</b>										
Não		4	80,0	94	81,7	98	81,7	-0,1	0,1	
Sim		1	20,0	21	18,3	22	18,3	0,1	-0,1	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	4	19,0	4	18,2	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	3	14,3	3	13,6	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	10	47,6	10	45,5	Não aplicável		
	Pouco incómodo	1	100,0	4	19,0	5	22,7	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			

Tabela 24 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *exposição à ameaça de perda de emprego, exposição a discriminação sexual, exposição a discriminação ligada à idade, exposição a discriminação ligada à nacionalidade, exposição a discriminação ligada à deficiência física ou mental e exposição a discriminação ligada à orientação sexual*, em função do género

Variáveis (No trabalho é ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Exposição à ameaça de perda de emprego</b>										
Não			4	80,0	102	88,7	106	88,3	-0,6	0,6
Sim			1	20,0	13	11,3	14	11,7	0,6	-0,6
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	2	15,4	2	14,3	Não aplicável	
	Bastante incómodo		1	100,0	5	38,5	6	42,9	Não aplicável	
	Incómodo		-	0,0	3	23,1	3	21,4	Não aplicável	
	Pouco incómodo		-	0,0	3	23,1	3	21,4	Não aplicável	
	Nenhum incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
<b>Exposição a discriminação sexual</b>										
Não			5	100,0	114	99,1	119	99,2	0,2	-0,2
Sim			-	0,0	1	0,9	1	0,8	Não aplicável	
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Bastante incómodo		-	0,0	1	100,0	1	100,0	Não aplicável	
	Incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Pouco incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Nenhum incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
<b>Exposição a discriminação ligada à idade</b>										
Não			5	100,0	110	95,7	115	95,8	0,5	-0,5
Sim			-	0,0	5	4,3	5	4,2	Não aplicável	
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	1	20,0	1	20,0	Não aplicável	
	Bastante incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Incómodo		-	0,0	3	60,0	3	60,0	Não aplicável	
	Pouco incómodo		-	0,0	1	20,0	1	20,0	Não aplicável	
	Nenhum incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
<b>Exposição a discriminação ligada à nacionalidade</b>										
Não			5	100,0	115	100,0	120	100,0	Não aplicável	
Sim			-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Grau de incómodo	Muito incómodo									
	Bastante incómodo									
	Incómodo									
	Pouco incómodo									
	Nenhum incómodo									
<b>Exposição a discriminação ligada à deficiência física ou mental</b>										
Não			5	100,0	114	99,1	119	99,2	0,2	-0,2
Sim			-	0,0	1	0,9	1	0,8	Não aplicável	
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Bastante incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Incómodo		-	0,0	1	100,0	1	100,0	Não aplicável	
	Pouco incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Nenhum incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
<b>Exposição a discriminação ligada à orientação sexual</b>										
Não			5	100,0	114	99,1	119	99,2	0,2	-0,2
Sim			-	0,0	1	0,9	1	0,8	Não aplicável	
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Bastante incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Pouco incómodo		-	0,0	1	100,0	1	100,0	Não aplicável	
	Nenhum incómodo		-	0,0	-	0,0	-	0,0		

✓ **Contacto com o público**

A exposição dos trabalhadores a constrangimentos relacionados com o contacto com o público, apresenta maior expressividade em relação ao **contacto direto com o público**

(92,5%), embora seja classificado quanto aos graus de incómodo r/a por 90,1%. Ter de **suportar as exigências, queixas ou reclamações do público** é referido por 90% dos inquiridos, com 54,7% a classificarem quanto aos graus de incómodo m/s e 42,6% em r/a. Ter de **dar resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas**, apresenta um grau de incómodo m/s para 52% dos indivíduos que referiram ser um constrangimento (86,7%), embora 34,6% o classifique nos graus de incómodo r/a. Estar exposto a **situações de tensão nas relações com o público** é referido por 77,5% da amostra, onde 64,6% classificam com os graus de incómodo m/s e 32,3% como r/a. A **exposição ao risco de agressão verbal do público** é referida por 44,2% da amostra, classificando como graus de incómodo m/s 56,6% e r/a 30,4%. Não há diferenças estatísticas significativas entre os géneros, relativamente aos constrangimentos relacionados com o contacto com o público (cf. tabelas 25 e 26).

Tabela 25 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *contacto direto com o público, suportar as exigências, queixas ou reclamações do público e confronto com situações de tensão nas relações com o público*, em função do género

Variáveis (No trabalho existe ...)	Género Total	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Contacto direto com o público</b>									
Não		-	0,0	9	7,8	9	7,5	Não aplicável	
Sim		5	100,0	106	92,2	111	92,5	0,7	-0,7
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável	
	Bastante incómodo	-	0,0	3	2,8	3	2,7	Não aplicável	
	Incómodo	-	0,0	8	7,5	8	7,2	Não aplicável	
	Pouco incómodo	1	20,0	23	21,7	24	21,6	-0,1	0,1
	Nenhum incómodo	4	80,0	72	67,9	76	68,5	0,6	-0,6
<b>Suportar as exigências, queixas ou reclamações do público</b>									
Não		-	0,0	12	10,4	12	10,0	Não aplicável	
Sim		5	100,0	103	89,6	108	90,0	0,8	-0,8
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	2,9	3	2,8	Não aplicável	
	Bastante incómodo	-	0,0	26	25,2	26	24,1	Não aplicável	
	Incómodo	3	60,0	30	29,1	33	30,6	1,5	-1,5
	Pouco incómodo	2	40,0	29	28,2	31	28,7	0,6	-0,6
	Nenhum incómodo	-	0,0	15	14,6	15	13,9	Não aplicável	
<b>Confronto com situações de tensão nas relações com o público</b>									
Não		-	0,0	27	23,5	27	22,5	Não aplicável	
Sim		5	100,0	88	76,5	93	77,5	1,2	-1,2
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	3,4	3	3,2	Não aplicável	
	Bastante incómodo	-	0,0	30	34,1	30	32,3	Não aplicável	
	Incómodo	2	40,0	28	31,8	30	32,3	0,4	-0,4
	Pouco incómodo	3	60,0	22	25,0	25	26,9	1,7	-1,7
	Nenhum incómodo	-	0,0	5	5,7	5	5,4	Não aplicável	

Tabela 26 – Distribuição da amostra pela exposição aos constrangimentos *exposição ao risco de agressão verbal do público, exposição ao risco de agressão física do público e resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas*, em função do género

Variáveis (No trabalho existe ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Exposição ao risco de agressão verbal do público</b>										
Não			2	40,0	29	25,2	31	25,8	0,7	-0,7
Sim			3	60,0	86	74,8	89	74,2	-0,7	0,7
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	8	9,3	8	9,0	Não aplicável	
	Bastante incómodo		1	33,3	28	32,6	29	32,6	0,0	0,0
	Incómodo		1	33,3	24	27,9	25	28,1	0,2	-0,2
	Pouco incómodo		1	33,3	23	26,7	24	27,0	0,3	-0,3
	Nenhum incómodo		-	0,0	3	3,5	3	3,4	Não aplicável	
<b>Exposição ao risco de agressão física do público</b>										
Não			3	60,0	64	55,7	67	55,8	0,3	-0,3
Sim			2	40,0	51	44,3	53	44,2	-0,3	0,3
Grau de incómodo	Muito incómodo		1	50,0	6	11,8	7	13,2	Não aplicável	
	Bastante incómodo		-	0,0	16	31,4	16	30,2	Não aplicável	
	Incómodo		-	0,0	14	27,5	14	26,4	Não aplicável	
	Pouco incómodo		-	0,0	13	25,5	13	24,5	Não aplicável	
	Nenhum incómodo		1	50,0	2	3,9	3	5,7	Não aplicável	
<b>Resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas</b>										
Não			-	0,0	16	13,9	16	13,3	Não aplicável	
Sim			5	100,0	99	86,1	104	86,7	-1,0	1,0
Grau de incómodo	Muito incómodo		-	0,0	14	14,1	14	13,5	Não aplicável	
	Bastante incómodo		2	40,0	30	30,3	32	30,8	0,5	-0,5
	Incómodo		1	20,0	21	21,2	22	21,2	-0,1	0,1
	Pouco incómodo		1	20,0	22	22,2	23	22,1	-0,1	0,1
	Nenhum incómodo		1	20,0	12	12,1	13	12,5	0,5	-0,5

#### ✓ **Características do trabalho**

No que concerne à exposição dos trabalhadores a constrangimentos relacionados com as características do trabalho, o **trabalho variado** é identificada por 88,3% da amostra, embora 86,8% classifiquem esta exposição nos graus de incómodo r/a. Na resposta à **dificuldade em realizar este tipo de trabalho aos 60/65 anos**, 80% referem que dificilmente o conseguirão realizar, onde 65,6% classificam nos graus de incómodo m/s e 29,2% em muito incómodo. Do total dos indivíduos, 71,7% referem este trabalho como **imprevisível**, sendo que 50% classifica essa imprevisibilidade nos graus de incómodo r/a e 46,5% em m/s. Da totalidade dos inquiridos, 57,5% referem que **não gostariam que os filhos realizassem aquele tipo de trabalho**, referindo grau de incómodo m/s de 60,9% e muito incómodo em 27,5%. Este tipo de trabalho é classificado como **complexo** por 50% da amostra, com classificação nos graus de incómodo r/a de 68,3% e 30% de m/s. Relativamente à remuneração, 48,3% dos inquiridos refere que esta **não lhes permite ter um nível de vida satisfatório**, destes 63,8% classificam nos graus de incómodo m/s e 29,3% em muito incómodo. A **não existência de perspetiva na carreira** é referida por

43,3% da amostra, classificando como graus de incómodo m/s 63,5% e muito incómodo 23,1%. Não há diferenças estatísticas significativas entre os géneros (cf. tabelas 27 e 28).

Tabela 27 – Distribuição da amostra pela exposição às variáveis *solitário*, *monótono*, *variado*, *imprevisível*, *complexo* e *onde se fazem coisas que se desaprovam*, em função do género

Variáveis (É um trabalho ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Solitário</b>										
Não		5	100,0	114	99,1	119	99,2	0,2	-0,2	
Sim		-	0,0	1	0,9	1	0,8	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo									
	Bastante incómodo									
	Incómodo		0,0	1	100,0	1	100,0	Não aplicável		
	Pouco incómodo									
<b>Monótono</b>										
Não		4	80,0	105	91,3	109	90,8	-0,9	0,9	
Sim		1	20,0	10	8,7	11	9,2	0,9	-0,9	
Grau de incómodo	Muito incómodo		0,0	1	10	1	9,1	Não aplicável		
	Bastante incómodo		0,0	-	0,0	-	0,0			
	Incómodo		100,0	1	10,0	2	18,2	Não aplicável		
	Pouco incómodo		0,0	4	40,0	4	36,4	Não aplicável		
<b>Variado</b>										
Não		1	20,0	13	11,3	14	11,7	0,6	-0,6	
Sim		4	80,0	102	88,7	106	88,3	-0,6	0,6	
Grau de incómodo	Muito incómodo		0,0	1	1,0	1	0,9	Não aplicável		
	Bastante incómodo		0,0	2	2,0	2	1,9	Não aplicável		
	Incómodo		25,0	10	9,8	11	10,4	1,0	-1,0	
	Pouco incómodo		25,0	28	27,5	29	27,4	-0,1	0,1	
<b>Imprevisível</b>										
Não		1	20,0	33	28,7	34	28,3	-0,4	0,4	
Sim		4	80,0	82	71,3	86	71,7	0,4	-0,4	
Grau de incómodo	Muito incómodo		0,0	3	3,7	3	3,5	Não aplicável		
	Bastante incómodo		0,0	8	9,8	8	9,3	Não aplicável		
	Incómodo		25,0	31	37,8	32	37,2	-0,5	0,5	
	Pouco incómodo		25,0	15	18,3	16	18,6	0,3	-0,3	
<b>Complexo</b>										
Não		2	40,0	58	50,4	60	50,0	-0,5	0,5	
Sim		3	60,0	57	49,6	60	50,0	0,5	-0,5	
Grau de incómodo	Muito incómodo		0,0	1	1,8	1	1,7	Não aplicável		
	Bastante incómodo		0,0	4	7,0	4	6,7	Não aplicável		
	Incómodo		33,3	13	22,8	14	23,3	0,4	-0,4	
	Pouco incómodo		0,0	12	21,1	12	20,0	Não aplicável		
<b>Onde se fazem coisas que se desaprovam</b>										
Não		5	100,0	74	64,3	79	65,8	1,6	-1,6	
Sim		-	0,0	41	35,7	41	34,2	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo		0,0	6	14,6	6	14,6	Não aplicável		
	Bastante incómodo		0,0	17	41,5	17	41,5	Não aplicável		
	Incómodo		0,0	13	31,7	13	31,7	Não aplicável		
	Pouco incómodo		0,0	2	4,9	2	4,9	Não aplicável		
<b>Nenhum incómodo</b>										
		-	0,0	3	7,3	3	7,3	Não aplicável		

Tabela 28 – Distribuição da amostra pela exposição às variáveis, *sem perspetiva de evolução na carreira, cuja remuneração não permite ter um nível de vida satisfatório, onde faltam os meios necessários para realizar um trabalho de qualidade, cujas condições abalam a dignidade humana, onde de forma geral se é explorado, que dificilmente se realizará aos 60/65 anos e que não deve ser realizado pelos meus filhos*, em função do género

Variáveis (É um trabalho ...)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.	
		(5)	(100,0)	(115)	(100,0)	(120)	(100,0)			
<b>Sem perspetiva de evolução na carreira</b>										
Não		3	60,0	65	56,5	68	56,7	0,2	-0,2	
Sim		2	40,0	50	43,5	52	43,3	-0,2	0,2	
Grau de incómodo	Muito incómodo	1	50,0	11	22,0	12	23,1	0,9	-0,9	
	Bastante incómodo	-	0,0	16	32,0	16	30,8	Não aplicável		
	Incómodo	1	50,0	16	32,0	17	32,7	0,5	-0,5	
	Pouco incómodo	-	0,0	5	10,0	5	9,6	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	2	4,0	2	3,8	Não aplicável		
<b>Cuja remuneração não permite ter um nível de vida satisfatório</b>										
Não		3	60,0	59	51,3	62	51,7	0,4	-0,4	
Sim		2	40,0	56	48,7	58	48,3	-0,4	0,4	
Grau de incómodo	Muito incómodo	1	50,0	16	28,6	17	29,3	0,7	-0,7	
	Bastante incómodo	-	0,0	16	28,6	16	27,6	Não aplicável		
	Incómodo	1	50,0	20	35,7	21	36,2	0,4	-0,4	
	Pouco incómodo	-	0,0	4	7,1	4	6,9	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
<b>Onde faltam os meios necessários para realizar um trabalho de qualidade</b>										
Não		3	60,0	84	73,0	87	72,5	-0,6	0,6	
Sim		2	40,0	31	27,0	33	27,5	0,6	-0,6	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	9	29,0	9	27,3	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	50,0	9	29,0	10	30,3	0,6	-0,6	
	Incómodo	1	50,0	12	38,7	13	39,4	0,3	-0,3	
	Pouco incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Nenhum incómodo	-	0,0	1	3,2	1	3,0	Não aplicável		
<b>Cujas condições abalam a dignidade humana</b>										
Não		5	100,0	101	87,8	106	88,3	0,8	-0,8	
Sim		-	0,0	14	12,2	14	11,7	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	3	21,4	3	21,4	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	5	35,7	5	35,7	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	5	35,7	5	35,7	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	1	7,1	1	7,1	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
<b>Onde de forma geral se é explorado</b>										
Não		5	100,0	88	76,5	93	77,5	1,2	-1,2	
Sim		-	0,0	27	23,5	27	22,5	Não aplicável		
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	5	18,5	5	18,5	Não aplicável		
	Bastante incómodo	-	0,0	9	33,3	9	33,3	Não aplicável		
	Incómodo	-	0,0	13	48,1	13	48,1	Não aplicável		
	Pouco incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
	Nenhum incómodo	-	0,0	-	0,0	-	0,0			
<b>Que dificilmente se realizará aos 60/65 anos</b>										
Não		2	40,0	22	19,1	24	20,0	1,1	-1,1	
Sim		3	60,0	93	80,9	96	80,0	-1,1	1,1	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	28	30,1	28	29,2	Não aplicável		
	Bastante incómodo	2	66,7	37	39,8	39	40,6	0,9	-0,9	
	Incómodo	1	33,3	23	24,7	24	25,0	0,3	-0,3	
	Pouco incómodo	-	0,0	2	2,2	2	2,1	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	3	3,2	3	3,1	Não aplicável		
<b>Que não deve ser realizado pelos meus filhos</b>										
Não		3	60,0	48	41,7	51	42,5	0,8	-0,8	
Sim		2	40,0	67	58,3	69	57,5	-0,8	0,8	
Grau de incómodo	Muito incómodo	-	0,0	19	28,4	19	27,5	Não aplicável		
	Bastante incómodo	1	50,0	21	31,3	22	31,9	0,6	-0,6	
	Incómodo	1	50,0	19	28,4	20	29,0	0,7	-0,7	
	Pouco incómodo	-	0,0	4	6,0	4	5,8	Não aplicável		
	Nenhum incómodo	-	0,0	4	6,0	4	5,8	Não aplicável		

De acordo com os resultados apresentados na tabela 29, para os níveis de concordância (concordo e concordo totalmente), o sentimento de prazer e realização pessoal no trabalho resulta:

- Do **sentimento de fazer um trabalho bem feito**, para 100% da amostra;
- Do **contributo útil para a sociedade**, para 99,2% da amostra;
- Do **trabalho realizado**, para 98,3% da amostra;
- Da **oportunidade de se fazer coisas que realmente dão prazer**, para 78,3% da amostra.

Na análise dos resíduos ajustados, constata-se diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ( $p < 0,05$ ), para o grau de concordância na obtenção do sentimento de prazer e realização resultante do sentimento de se fazer um trabalho bem feito e da satisfação com o trabalho realizado (concordo totalmente para o género masculino e concordo para o género feminino).

Tabela 29 – Distribuição da amostra de acordo com o sentimento de prazer e realização pessoal no trabalho, em função do género

Variáveis (O sentimento de prazer e realização pessoal no trabalho surge porque ...)		Género		Total		Residuais			
		Total	Masculino	Feminino	Total	Masc.	Fem.		
		<i>n</i> (5)	% (100,0)	<i>n</i> (115)	% (100,0)	<i>n</i> (120)	% (100,0)		
<b>Se tem oportunidade de fazer coisas que realmente dão prazer</b>									
Grau de Concordância	Concordo totalmente	3	60,0	27	23,5	30	25,0	1,8	-1,8
	Concordo	2	40,0	62	53,9	64	53,3	-0,6	0,6
	Discordo	-	0,0	25	21,7	25	20,8	Não aplicável	
	Discordo totalmente	-	0,0	1	0,9	1	0,8	Não aplicável	
<b>Se tem o sentimento de fazer o trabalho bem feito</b>									
Grau de Concordância	Concordo totalmente	5	100,0	55	47,8	60	50,0	<b>2,3</b>	-2,3
	Concordo	-	0,0	60	52,2	60	50,0	Não aplicável	
	Discordo	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Discordo totalmente	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
<b>Há satisfação no trabalho realizado</b>									
Grau de Concordância	Concordo totalmente	4	80,0	29	25,2	33	27,5	<b>2,7</b>	-2,7
	Concordo	1	20,0	84	73,0	85	70,8	-2,6	<b>2,6</b>
	Discordo	-	0,0	2	1,7	2	1,7	Não aplicável	
	Discordo totalmente	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
<b>O que se faz constitui um contributo útil para a sociedade</b>									
Grau de Concordância	Concordo totalmente	5	100,0	73	63,5	78	65,0	1,7	-1,7
	Concordo	-	0,0	41	35,7	41	34,2	Não aplicável	
	Discordo	-	0,0	-	0,0	-	0,0		
	Discordo totalmente	-	0,0	1	0,9	1	0,8	-0,2	0,2

- **Condições de vida fora do trabalho**

Na avaliação das condições de vida fora do trabalho e relativamente ao **conciliar a vida de trabalho com a vida fora de trabalho**, 44,2% da amostra refere consegui-lo sempre, enquanto 23,3% refere frequentemente, 30,8% por vezes e 1,7% raramente. Em resposta ao grau de incómodo provocado pelo **conciliar a vida de trabalho com a vida fora de trabalho**, 30,8% refere incómodo m/s, enquanto 66,5% refere incómodo r/a. Não se constata diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, relativamente à avaliação das condições de vida fora do trabalho (cf. tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição da amostra de acordo com o grau de incómodo e conciliação e da vida de trabalho com a vida fora de trabalho, em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Total		Residuais		
	Total	Masculino	n	%	n	%	Masc.	Fem.	
		n (5)	(100,0)	(115)	(100,0)	n (120)	(100,0)		
<b>Conciliar a vida de trabalho com a vida fora de trabalho</b>									
Sempre		3	60,0	50	43,5	53	44,2	0,7	-0,7
Frequentemente		1	20,0	27	23,5	28	23,3	-0,2	0,2
Às vezes		1	20,0	36	31,3	37	30,8	-0,5	0,5
Raramente		-	0,0	2	1,7	2	1,7	Não aplicável	
Nunca		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
<b>Incómodo causado pela conciliação da vida de trabalho com a vida fora de trabalho</b>									
Muito incómodo		-	0,0	2	1,7	2	1,7	Não aplicável	
Bastante incómodo		1	20,0	6	5,2	7	5,8	Não aplicável	
Incómodo		-	0,0	30	26,1	30	25,0	Não aplicável	
Pouco incómodo		2	40,0	41	35,7	43	35,8	0,2	-0,2
Nenhum incómodo		1	40,0	36	31,3	38	31,7	0,4	-0,4

Na análise do **tempo gasto por dia em tarefas domésticas**, através da tabela 31, constata-se que o número de horas despendido varia entre 0 a 12 horas, correspondendo-lhe uma média de 5,01 horas, um Dp de 2,468 horas e um CV de 49,26%, o que permite afirmar que existe uma dispersão elevada em torno da média. Numa análise em função do género, verifica-se que a média de horas despendida por dia para o género masculino ( $\bar{x}=5,60$ ) é superior à do género feminino ( $\bar{x}=4,98$ ). Ambos os géneros apresentam uma dispersão elevada (CV > 15%), com diferença entre as médias estatisticamente não significativa (U=282,500; p=0,947). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), pode inferir-se que a distribuição das horas, em ambos os géneros e na amostra total, é simétrica e mesocúrtica.

Tabela 31 – Distribuição da amostra em relação ao tempo (horas) gasto por dia em tarefas domésticas, em função do género

Género	Horas								Teste U de Mann Whitney	
	n	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Ord. Médias	
Masculino	5	1	12	5,60	4,393	0,84	-0,29	78,45	61,50	U=282,500
Feminino	115	0	12	4,98	2,380	0,62	-1,15	47,80	60,46	Z=-0,066
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>5,01</b>	<b>2,468</b>	<b>1,18</b>	<b>0,70</b>	<b>49,26</b>		<b>p=0,947</b>

- **Formação e trabalho**

No que diz respeito à **formação**, 62,5% do total de indivíduos refere ter tido nos últimos 12 meses, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os géneros (cf. tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição da amostra em relação à *formação nos últimos 12 meses*, em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Formação nos últimos 12 meses</b>										
Não			1	20,0	44	38,3	45	37,5	-0,8	0,8
Sim			4	80,0	71	61,7	75	62,5	0,8	-0,8

- **Saúde e trabalho**

- ✓ **Acidentes de trabalho e doenças profissionais**

Na análise da tabela 33, constata-se que na amostra total: 25,8% refere já ter tido um **acidente de trabalho**; 5,8% refere ter tido uma **doença profissional**; 25,8% refere ter tido a necessidade de **faltar ao trabalho mais de três dias seguidos nos últimos 12 meses** e 26,7% refere ter tido necessidade de **trabalhar nos últimos 12 meses mesmo estando doente**. Não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros.

Tabela 33 - Distribuição da amostra em relação aos *acidentes de trabalho e doenças profissionais*, em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Acidentes de trabalho</b>										
Não		4	80,0	85	73,9	89	74,2	0,3	-0,3	
Sim		1	20,0	30	26,1	31	25,8	-0,3	0,3	
<b>Doenças profissionais</b>										
Não		5	100,0	108	93,9	113	94,2	0,6	-0,6	
Sim		-	0,0	7	6,1	7	5,8	Não aplicável		
<b>Falta ao trabalho mais do que 3 dias seguidos últimos 12 meses</b>										
Não		3	60,0	86	74,8	89	74,2	-0,7	0,7	
Sim		2	40,0	29	25,2	31	25,8	0,7	-0,7	
<b>Necessidade de trabalhar mesmo estando doente nos últimos 12 meses</b>										
Não		3	60,0	85	73,9	88	73,3	-0,7	0,7	
Sim		2	40,0	30	26,1	32	26,7	0,7	-0,7	

#### ✓ **Informação sobre riscos profissionais**

Em relação à informação sobre os riscos profissionais, 87,5% dos inquiridos referem **estar informados** em grau moderado ou superior, enquanto 12,5% referem ter **pouco ou nenhuma informação**, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os géneros.

Consideram que existe **preocupação no local de trabalho em minimizar os riscos profissionais** em grau moderado ou superior, 85% dos indivíduos, enquanto os restantes 15% referem haver **pouca ou nenhuma preocupação na minimização destes**. Há diferenças significativas (cf. tabela 34) entre os géneros, referentes ao grau de preocupação bastante, com maior significância para o género masculino ( $p < 0,05$ ).

Tabela 34 - Distribuição da amostra em relação à *informação sobre os riscos profissionais*, em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Total		Residuais		
	Total	Masculino	Masculino	Feminino	Total	Total	Masc.	Fem.	
		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)		
<b>Informação sobre os riscos resultantes do trabalho</b>									
Muito		-	0,0	29	25,2	29	24,2	Não aplicável	
Bastante		3	60,0	42	36,5	45	37,5	1,1	-1,1
Moderado		2	40,0	29	25,2	31	25,8	0,7	-0,7
Pouco		-	0,0	13	11,3	13	10,8	Não aplicável	
Nada		-	0,0	2	1,7	2	1,7	Não aplicável	
<b>Preocupação em minimizar os riscos profissionais</b>									
Muito		-	0,0	22	19,1	22	18,3	Não aplicável	
Bastante		4	80,0	29	25,2	33	27,5	2,7	-2,7
Moderado		-	0,0	47	40,9	47	39,2	Não aplicável	
Pouco		1	20,0	13	11,3	14	11,7	0,6	-0,6
Nada		-	0,0	4	3,5	4	3,3	Não aplicável	
<b>Proteção individual à disposição no local de trabalho</b>									
Não		-	0,0	5	4,3	5	4,2	Não aplicável	
Sim		5	100,0	110	95,7	115	95,8	0,5	-0,5
<b>Proteção coletiva à disposição no local de trabalho</b>									
Não		1	20,0	23	20,0	24	20,0	0,0	0,0
Sim		2	40,0	46	40,0	48	40,0	0,0	0,0
Não se justifica		2	40,0	46	40,0	48	40,0	0,0	0,0
<b>Utilização do equipamento individual dificulta a realização da atividade de trabalho</b>									
Muito		-	0,0	-	0,0	-	0,0		
Bastante		-	0,0	1	0,9	1	0,8	Não aplicável	
Moderado		-	0,0	3	2,6	3	2,5	Não aplicável	
Pouco		-	0,0	28	24,3	28	23,3	Não aplicável	
Nada		5	100,0	83	72,2	88	73,3	1,4	-1,4

- **A minha saúde e o meu trabalho**

- ✓ **Problemas de saúde**

No que concerne aos problemas de saúde percebidos pelos participantes, as **dores de costas** apresentam maior expressividade (90,8%), com uma relação de causalidade ou agravamento com o trabalho de 96,4%. As **dores musculares e articulares** são referidas por 82,5% da amostra, também apresentando uma relação de causalidade ou agravamento com o trabalho elevada (93,9%). As **varizes** são referidas por 64,2%, com uma relação de causalidade ou agravamento com o trabalho de 83,1%. Com menor expressividade evidenciam-se as **dores de cabeça** (49,2%) e a **ansiedade ou irritabilidade** (47,5%), com uma relação de causalidade ou agravamento com o trabalho de 56% e 89,5% respetivamente. Os problemas de saúde dores nas costas e dores musculares e articulares, apresentam-se em maior proporção no género feminino ( $p < 0,05$ ) (cf. tabela 35 e 36).

Tabela 35 - Distribuição da amostra em relação à percepção dos problemas de saúde *dores de cabeça, dores de costas, problemas de visão, problemas de voz, problemas de audição, problemas de pele, dificuldades respiratórias e dores musculares e articulações*, em função do género

Género Variáveis (Problemas de saúde)	Total	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Dores de cabeça</b>									
Não		4	80,0	57	49,6	61	50,8	1,3	-1,3
Sim		1	20,0	58	50,4	59	49,2	-1,3	1,3
	Causado pelo trabalho	-	0,0	8	13,8	8	13,6	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho	-	0,0	25	43,1	25	42,4	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho	1	100,0	25	43,1	26	44,1	1,1	-1,1
<b>Dores de costas</b>									
Não		3	60,0	8	7,0	11	9,2	4,0	-4,0
Sim		2	40,0	107	93,0	109	90,8	-4,0	4,0
	Causado pelo trabalho	2	100,0	59	55,1	61	56,0	1,3	-1,3
	Agravado ou acelerado pelo trabalho	-	0,0	44	41,1	44	40,4	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho	-	0,0	4	3,7	4	3,7	Não aplicável	
<b>Problemas de visão</b>									
Não		5	100,0	72	62,6	77	64,2	1,7	-1,7
Sim		-	0,0	43	37,4	43	35,8	Não aplicável	
	Causado pelo trabalho	-	0,0	1	2,3	1	2,3	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho	-	0,0	5	11,6	5	11,6	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho	-	0,0	37	86,0	37	86,0	Não aplicável	
<b>Problemas de voz</b>									
Não		5	100,0	110	95,7	115	95,8	0,5	-0,5
Sim		-	0,0	5	4,3	5	4,3	Não aplicável	
	Causado pelo trabalho	-	0,0	1	20,0	1	20,0	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho	-	0,0	2	40,0	4	40,0	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho	-	0,0	2	40,0	2	40,0	Não aplicável	
<b>Problemas de audição</b>									
Não		5	100,0	103	89,6	108	90,0	0,8	-0,8
Sim		-	0,0	12	10,4	12	10,0	Não aplicável	
	Causado pelo trabalho	-	0,0	2	16,7	2	16,7	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho	-	0,0	1	8,3	1	8,3	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho	-	0,0	9	75,0	9	75,0	Não aplicável	
<b>Problemas de pele</b>									
Não		5	100,0	101	87,8	106	88,3	0,8	-0,8
Sim		-	0,0	14	12,2	14	11,7	Não aplicável	
	Causado pelo trabalho	-	0,0	7	50,0	7	50,0	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho	-	0,0	3	21,4	3	21,4	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho	-	0,0	4	28,6	4	28,6	Não aplicável	
<b>Dificuldades respiratórias</b>									
Não		5	100,0	101	87,8	106	88,3	0,8	-0,8
Sim		-	0,0	14	12,2	14	11,7	Não aplicável	
	Causado pelo trabalho	-	0,0	1	7,1	1	7,1	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho	-	0,0	4	28,6	4	28,6	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho	-	0,0	9	64,3	9	64,3	Não aplicável	
<b>Dores musculares e articulações</b>									
Não		4	80,0	17	14,8	21	17,5	3,8	-3,8
Sim		1	20,0	98	85,2	99	82,5	-3,8	3,8
	Causado pelo trabalho	-	0,0	54	55,1	54	54,5	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho	1	100,0	38	38,8	39	39,4	1,2	-1,2
	Sem relação com o trabalho	-	0,0	6	6,1	6	6,1	Não aplicável	

Tabela 36 - Distribuição da amostra em relação à percepção dos problemas de saúde *dores de estômago, varizes, ansiedade ou irritabilidade, fadiga generalizada, desânimo generalizado e sonolência ou insónias*, em função do género

Variáveis (Problemas de saúde)	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total		n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.
<b>Dores de estômago</b>										
Não			4	80,0	102	88,7	106	88,3	-0,6	0,6
Sim			1	20,0	13	11,3	14	11,7	0,6	-0,6
	Causado pelo trabalho		-	0,0	1	7,7	1	7,1	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho		-	0,0	1	7,7	1	7,1	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho		1	100,0	11	84,6	12	85,7	0,4	-0,4
<b>Varizes</b>										
Não			5	100,0	38	33,0	43	35,8	3,1	-3,1
Sim			-	0,0	77	67,0	77	64,2	Não aplicável	
	Causado pelo trabalho		-	0,0	20	26,0	20	26,0	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho		-	0,0	44	57,1	44	57,1	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho		-	0,0	13	16,9	13	16,9	Não aplicável	
<b>Ansiedade ou irritabilidade</b>										
Não			4	80,0	59	51,3	63	52,5	1,3	-1,3
Sim			1	20,0	56	48,7	57	47,5	-1,3	1,3
	Causado pelo trabalho		-	0,0	25	44,6	25	43,9	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho		-	0,0	26	46,4	26	45,6	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho		1	100,0	5	8,9	6	10,5	Não aplicável	
<b>Fadiga generalizada</b>										
Não			5	100,0	71	61,7	76	63,3	1,7	-1,7
Sim			-	0,0	44	38,3	44	36,7	Não aplicável	
	Causado pelo trabalho		-	0,0	28	63,6	28	63,6	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho		-	0,0	16	36,4	16	36,4	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho		-	0,0	-	0,0	-	0,0	Não aplicável	
<b>Desânimo generalizado</b>										
Não			5	100,0	90	78,3	95	79,2	1,2	-1,2
Sim			-	0,0	25	21,7	25	20,8	Não aplicável	
	Causado pelo trabalho		-	0,0	17	68,0	17	68,0	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho		-	0,0	4	16,0	4	16,0	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho		-	0,0	4	16,0	4	16,0	Não aplicável	
<b>Sonolência ou insónias</b>										
Não			4	80,0	83	72,2	87	72,5	0,4	-0,4
Sim			1	20,0	32	27,8	33	27,5	-0,4	0,4
	Causado pelo trabalho		-	0,0	10	31,3	10	30,3	Não aplicável	
	Agravado ou acelerado pelo trabalho		-	0,0	17	53,1	17	51,5	Não aplicável	
	Sem relação com o trabalho		1	100,0	5	15,6	6	18,2	Não aplicável	

Através da análise da tabela 37, constata-se que 20,8% da amostra refere ter **problemas de saúde crónicos** e 33,3% **consome frequentemente medicamentos**. Não há diferenças significativas entre os géneros.

No que se refere à classificação da saúde, 60% dos indivíduos classifica-a como **razoável** e 34,2% como **boa**, com maior significância para o género masculino. Na amostra total, 55% dos indivíduos referem que o **trabalho afeta a saúde sobretudo de forma negativa**, 13,3%, referem que este a **afeta sobretudo de forma positiva**, enquanto 31,7% refere que o trabalho **não afeta de todo a sua saúde**. Também há diferenças estatísticas

significativas entre os géneros na perceção de como o trabalho afeta a saúde destes. Enquanto o género feminino apresenta maior significância na perceção de que o trabalho afeta negativamente a saúde, o género masculino refere que não há qualquer causalidade do trabalho na saúde.

Tabela 37 - Distribuição da amostra em relação aos *problemas de saúde crónicos, consumo de medicamentos, classificação da saúde e perceção da relação trabalho-saúde*, em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Total		Residuais		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Masc.	Fem.	
	n	%	n	%	n	%			
	(5)	(100,0)	(115)	(100,0)	(120)	(100,0)			
<b>Problema de saúde crónico</b>									
Não	5	100,0	90	78,3	95	79,2	1,2	-1,2	
Sim	-	0,0	25	21,7	25	20,8	Não aplicável		
<b>Consumo frequente de medicamentos</b>									
Não	4	80,0	76	66,1	80	66,7	0,6	-0,6	
Sim	1	20,0	39	33,9	40	33,3	-0,6	0,6	
<b>Como classifica a sua saúde</b>									
Muito boa	-	0,0	1	0,9	1	0,8	Não aplicável		
Boa	5	100,0	36	31,3	41	34,2	3,2	-3,2	
Razoável	-	0,0	72	62,6	72	60,0	Não aplicável		
Má	-	0,0	6	5,2	6	5,0	Não aplicável		
<b>Considera que o trabalho afeta a sua saúde</b>									
Sim, sobretudo de forma positiva	-	0,0	16	13,9	16	13,3	Não aplicável		
Sim, sobretudo de forma negativa	-	0,0	66	57,4	66	55,0	Não aplicável		
Não, de todo	5	100,0	33	28,7	38	31,7	3,4	-3,4	

#### • Caracterização das estratégias

Na análise da tabela 38, constata-se que as estratégias com maior representatividade utilizadas pelos participantes de forma a prevenir ou minimizar as repercussões das condições e características do trabalho na sua saúde, são: **desabafar com alguém (81,7%)**, a **procura de um profissional de saúde (70,8%)**, **comunicar à entidade patronal ou aos responsáveis, toda e qualquer situação de trabalho que represente perigo para a SST (68,3%)** e a **prática de exercício físico (47,5%)**. Através da análise dos valores residuais, não se identificam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros.

Tabela 38 - Distribuição da amostra em relação as estratégias utilizadas para prevenir ou minimizar as repercussões das condições e características do trabalho na saúde, em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Total	n (5)	% (100,0)	n (115)	% (100,0)	n (120)	% (100,0)	Masc.	Fem.	
<b>Automedicação</b>										
Não		4	80,0	83	72,2	87	72,5	0,4	-0,4	
Sim		1	20,0	32	27,8	33	27,5	-0,4	0,4	
<b>Exercício físico</b>										
Não		1	20,0	62	53,9	63	52,5	-1,5	1,5	
Sim		4	80,0	53	46,1	57	47,5	1,5	-1,5	
<b>Programa de ginástica laboral</b>										
Não		4	80,0	113	98,3	117	97,5	-2,6	<b>2,6</b>	
Sim		1	20,0	2	1,7	3	2,5	Não aplicável		
<b>Várias pausas ao longo do trabalho</b>										
Não		5	100,0	105	91,3	110	91,7	0,7	-0,7	
Sim		-	0,0	10	8,7	10	8,3	Não aplicável		
<b>Comunico à entidade patronal</b>										
Não		-	0,0	38	33,0	38	31,7	Não aplicável		
Sim		5	100,0	77	67,0	82	68,3	1,6	-1,6	
<b>Procuo um profissional de saúde</b>										
Não		1	20,0	34	29,6	35	29,2	-0,5	0,5	
Sim		4	80,0	81	70,4	85	70,8	0,5	-0,5	
<b>Desabafo com alguém</b>										
Não		2	40,0	20	17,4	22	18,3	1,3	-1,3	
Sim		3	60,0	95	82,6	98	81,7	-1,3	1,3	

## 5.2. 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 & Gageiro, 2003). 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 estimativas dos parâmetros da população.

- **Influência das variáveis de contexto sociodemográficas na perceção do estado de saúde**

Pela análise dos resultados descritos na Tabela 39, verifica-se que a pontuação obtida no PSN, referente ao perfil de saúde numa escala de **0 (melhor estado de saúde)** a **100 (pior estado de saúde)**, varia entre 0 e 28 ( $\bar{x}=6,36$ ;  $dp=5,460$ ), com uma dispersão elevada em torno da média ( $CV > 30\%$ ). Por cada dimensão do Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), a pontuação varia entre:

- 0 e 6 - **“mobilidade física”** ( $\bar{x}=0,96$ ;  $dp=1,357$ ), num máximo possível de 8 pontos;
- 0 e 8 - **“dor”** ( $\bar{x}=2,37$ ;  $dp=2,429$ ), num máximo possível de 8 pontos;
- 0 e 2 - **“energia”** ( $\bar{x}=0,25$ ;  $dp=0,489$ ), num máximo possível de 3 pontos;
- 0 e 9 - **“reações emocionais”** ( $\bar{x}=1,29$ ;  $dp=1,457$ ), num máximo possível de 9 pontos;
- 0 e 5 - **“sono”** ( $\bar{x}=1,36$ ;  $dp=1,623$ ), num máximo possível de 5 pontos;
- 0 e 3 - **“isolamento social”** ( $\bar{x}=0,18$ ;  $dp=0,496$ ), num máximo possível de 5 pontos;

Todas as dimensões apresentam também uma elevada dispersão em torno da média (cf. tabela 39).

Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), pode-se inferir que a distribuição da pontuação obtida na escala do PSN e nas dimensões **“mobilidade física”**, **“energia”**, **“reações emocionais”** e **“isolamento social”**, é assimétrica positiva e leptocúrtica, por sua vez, a distribuição para as dimensões **“dor”** e **“sono”**, apresentam-se assimétricas positivas e mesocúrticas.

Na pontuação obtida na **“escala do PSN”**, identificam-se diferenças ligeiramente significativas ( $p=0,046$ ) entre as médias de ambos os géneros, sendo os trabalhadores do género feminino os que apresentam a média mais alta ( $\bar{x}=61,81$ ), o que corresponde a maiores défices de saúde.

Analisando a distribuição da amostra relativamente à pontuação obtida nas diversas dimensões da escala do PSN em função do género, verifica-se que:

- Na **“mobilidade física”**, o género masculino não pontua, enquanto o género feminino obteve uma  $\bar{x}=0,96$ , com elevada dispersão;
- Na **“dor”**, identificam-se diferenças ligeiramente significativas ( $p=0,033$ ) entre as médias do género feminino ( $\bar{x}=61,88$ ) e masculino ( $\bar{x}=28,70$ ), pelo que se pode inferir que são os trabalhadores do género feminino que apresentam maiores défices de saúde nesta dimensão, que se traduzem pela presença de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, o repouso ou associada a determinada postura;
- Na **“energia”**, **“reações emocionais”**, **“sono”** e **“isolamento social”**, não se identificam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, no entanto através da análise dos valores médios, constatamos que são os trabalhadores do

género feminino que tendencialmente apresentam mais défices de saúde relacionados com estas dimensões.

Tabela 39 – Distribuição da amostra pela pontuação obtida nas dimensões do PSN, em função do género

Dimensão /Género	n	Min	Máx	$\bar{x}$	dp	Sk/StdError	K/StdError	CV (%)	Teste U de Mann Whitney Ord. Médias	
<b>Mobilidade Física</b>										
Masculino	5	0	0	-	-	-	-	-	34,00	U=155,000
Feminino	115	0	6	0,96	1,373	7,13	4,75	143,02	61,65	Z=-1,927
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0,92</b>	<b>1,357</b>	<b>7,56</b>	<b>5,34</b>	<b>147,5</b>		<b>p=0,054</b>
<b>Dor</b>										
Masculino	5	0	2	0,40	0,894	2,45	2,5	223,5	28,70	U=128,500
Feminino	115	0	8	2,45	2,440	3,40	-1,54	99,59	61,88	Z=-2,133
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>2,37</b>	<b>2,429</b>	<b>3,71</b>	<b>-1,37</b>	<b>102,49</b>		<b>p=0,033</b>
<b>Energia</b>										
Masculino	5	-	-	-	-	-	-	-	47,00	U=220,000
Feminino	115	0	2	0,26	0,497	7,69	4,97	191,15	61,09	Z=-1,222
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0,25</b>	<b>0,489</b>	<b>8,17</b>	<b>5,67</b>	<b>195,60</b>		<b>p=0,222</b>
<b>Reações emocionais</b>										
Masculino	5	0	2	0,80	1,095	0,667	-1,67	136,88	49,00	U=230,000
Feminino	115	0	9	1,31	1,471	7,73	12,57	0,14	61,00	Z=-0,788
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>1,29</b>	<b>1,457</b>	<b>7,90</b>	<b>12,97</b>	<b>112,95</b>		<b>p=0,431</b>
<b>Sono</b>										
Masculino	5	0	4	1,00	1,732	2,11	1,83	133,20	51,00	U=240,000
Feminino	115	0	5	1,37	1,625	4,25	-0,88	118,61	60,91	Z=-0,658
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1,36</b>	<b>1,623</b>	<b>4,40</b>	<b>-0,89</b>	<b>119,34</b>		<b>p=0,511</b>
<b>Isolamento social</b>										
Masculino	5	0	4	1,00	1,732	2,11	1,83	133,20	52,50	U=247,500
Feminino	115	0	3	0,18	0,506	5,19	3,56	281,11	60,85	Z=-0,890
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0,18</b>	<b>0,496</b>	<b>14,85</b>	<b>27,08</b>	<b>275,56</b>		<b>p=0,373</b>
<b>Perfil de saúde de Nottingham</b>										
Masculino	5	0	5	2,20	2,280	0,250	-1,25	103,64	30,30	U=136,500
Feminino	115	0	28	6,54	5,490	5,19	3,56	83,94	61,81	Z=-1,991
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	<b>6,36</b>	<b>5,460</b>	<b>5,46</b>	<b>3,86</b>	<b>85,85</b>		<b>p=0,046</b>

Para estudar a associação entre a variável idade e a variável dependente, realizou-se o teste de correlação de Pearson (cf. Tabela 40). Os resultados indicam a existência de uma associação positiva e muito significativa entre estas variáveis ( $r=0,291$ ;  $p=0,001$ ). No estudo da associação entre a mesma variável independente com a pontuação obtida nas diferentes dimensões do PSN, constatou-se: uma associação positiva e muito significativa com as dimensões “*mobilidade física*” ( $r=0,309$ ;  $p=0,001$ ) e “*dor*” ( $r=0,282$ ;  $p=0,002$ ), e uma associação positiva e ligeiramente significativa com a dimensão “*energia*” ( $r=0,187$ ;  $p=0,040$ ).

Com base nestes resultados, podemos inferir que com o avançar da idade, estes trabalhadores apresentam maiores défices de saúde, com maior expressividade nas

dimensões “*mobilidade física*”, “*dor*”, “*energia*” e “*sono*”, que se traduzem em: dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades; presença de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura; sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades e perturbações do ciclo sono/vigília com eventual necessidade de intervenção farmacológica.

Tabela 40 – Resultados da correlação de Pearson entre a idade e a variável dependente

Idade	r	p
Mobilidade física	0,309	<b>0,001</b>
Dor	0,282	<b>0,002</b>
Energia	0,187	<b>0,040</b>
Reações Emocionais	0,044	0,635
Sono	0,194	<b>0,034</b>
Isolamento social	0,029	0,750
Perceção do estado de saúde	0,291	<b>0,001</b>

A variável idade foi recodificada em grupos etários. Para analisarmos o efeito da mesma sobre a variável dependente do estudo, recorreremos ao teste estatístico de Kruskal-Wallis (cf. Tabela 41). No que respeita à localização das diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios de cada grupo etário, resultantes das pontuações obtidas no PSN e em cada uma das suas dimensões, podemos constatar, pela aplicação do teste Post-Hoc, que estas apenas se verificam na dimensão “*mobilidade física*”, com uma diferença muito significativa entre os grupos etários 18-28 anos ( $\bar{x}=34,00$ ) e 49-58 anos ( $\bar{x}=74,67$ ; tukey=0,008) e com uma diferença ligeiramente significativa (tukey=0,025) entre os valores médios dos grupos 29-38 anos ( $\bar{x}=54,32$ ) e 49-58 anos ( $\bar{x}=74,67$ ). Com este resultado, podemos inferir que o grupo etário dos 49-58 anos apresenta maiores défices de saúde ao nível desta dimensão, que se traduzem por dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades.

Na análise dos restantes valores médios verificamos que é também o grupo de trabalhadores com idades compreendidas entre os 49-58 anos, que apresentam maiores défices de saúde ( $\bar{x}=72,72$ ), com maior expressividade nas dimensões “*dor*” ( $\bar{x}=70,43$ ), “*energia*” ( $\bar{x}=69,67$ ), “*reações emocionais*” ( $\bar{x}=66,28$ ) e “*sono*” ( $\bar{x}=71,33$ ) (cf. tabela 5). Já os trabalhadores do grupo etário dos 59-68 anos, apresentam maiores défices de saúde relacionados com a dimensão “*isolamento social*” ( $\bar{x}=64,10$ ), que se traduz em dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença a um grupo.

De forma oposta se comporta o grupo dos 18-28 anos pois apresenta os valores médios mais baixos nas dimensões do PSN, com exceção da dimensão “*energia*”, o que revela que os trabalhadores pertencentes a esta faixa etária são os que apresentam menores défices de saúde. São os trabalhadores do grupo etário 39-48 anos que revelam menores défices de saúde relacionados com a dimensão “*energia*” ( $\bar{x}=56,10$ ).

Tabela 41 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre os grupos etários e a variável dependente

Perfil de saúde de Nottingham	Grupo etário	n (120)	$\bar{x}$	$\chi^2$	p
Mobilidade física	[18-28]	10	34,00	13,798	0,008
	[29-38]	28	54,32		
	[39-48]	45	61,06		
	[49-58]	27	74,67		
	[59-68]	10	63,55		
Dor	[18-28]	10	38,55	8,218	0,084
	[29-38]	28	53,30		
	[39-48]	45	62,43		
	[49-58]	27	70,43		
	[59-68]	10	67,10		
Energia	[18-28]	10	58,70	5,847	0,211
	[29-38]	28	57,45		
	[39-48]	45	56,10		
	[49-58]	27	69,67		
	[59-68]	10	65,90		
Reações emocionais	[18-28]	10	58,35	1,287	0,864
	[29-38]	28	59,09		
	[39-48]	45	59,80		
	[49-58]	27	66,28		
	[59-68]	10	54,15		
Sono	[18-28]	10	39,00	9,361	0,053
	[29-38]	28	52,14		
	[39-48]	45	63,29		
	[49-58]	27	71,33		
	[59-68]	10	63,60		
Isolamento social	[18-28]	10	58,30	1,360	0,851
	[29-38]	28	61,05		
	[39-48]	45	61,86		
	[49-58]	27	57,15		
	[59-68]	10	64,10		
Perceção do estado de saúde	[18-28]	10	36,15	9,077	0,059
	[29-38]	28	55,04		
	[39-48]	45	61,47		
	[49-58]	27	72,72		
	[59-68]	10	62,80		

No sentido de se estudar a influência da variável habilitações literárias na variável dependente, aplicou-se o teste estatístico Kruskal-Wallis (cf. tabela 42). Não se identificaram diferenças estatísticas significativas, contudo, tendencialmente, são os trabalhadores:

- Com o 2º grau de escolaridade, que apresentam pontuação mais alta na “*escala do PSN*” ( $\bar{x}=67,72$ ) e nas suas dimensões “*mobilidade física*” ( $\bar{x}=69,66$ ), “*dor*”

( $\bar{x}=70,00$ ) e “sono” ( $\bar{x}=74,00$ ), evidenciando maiores défices de saúde, com maior expressividade para as dimensões identificadas (cf. tabela 5);

- Com o 1º grau de escolaridade, que apresentam pontuação mais alta na dimensão “energia” ( $\bar{x}=74,00$ ), que se traduz sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades;
- Com o ensino secundário, que apresentam pontuação mais alta na dimensão “reações emocionais” ( $\bar{x}=64,71$ ), que se traduz na presença de estados de nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília e na perda da vontade de viver;
- Com o ensino superior, que apresentam pontuação mais alta na dimensão “isolamento social”, com tradução em dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença a um grupo.

Tabela 42 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a variável dependente

Perfil de saúde de Nottingham	Habilitações literárias	n (120)	$\bar{x}$	$\chi^2$	p
Mobilidade física	1º Ciclo	14	69,14	3,845	0,427
	2º Ciclo	16	69,66		
	3º Ciclo	55	57,87		
	Ensino secundário	31	58,47		
	Ensino superior	4	45,50		
Dor	1º Ciclo	14	59,21	2,349	0,672
	2º Ciclo	16	70,00		
	3º Ciclo	55	61,03		
	Ensino secundário	31	57,18		
	Ensino superior	4	45,50		
Energia	1º Ciclo	14	74,00	5,777	0,216
	2º Ciclo	16	61,63		
	3º Ciclo	55	57,88		
	Ensino secundário	31	60,21		
	Ensino superior	4	47,00		
Reações emocionais	1º Ciclo	14	57,82	1,110	0,893
	2º Ciclo	16	59,66		
	3º Ciclo	55	59,91		
	Ensino secundário	31	64,71		
	Ensino superior	4	48,75		
Sono	1º Ciclo	14	61,07	1,868	0,760
	2º Ciclo	16	66,75		
	3º Ciclo	55	62,27		
	Ensino secundário	31	54,32		
	Ensino superior	4	57,00		
Isolamento social	1º Ciclo	14	56,64	1,765	0,779
	2º Ciclo	16	63,38		
	3º Ciclo	55	61,52		
	Ensino secundário	31	58,11		
	Ensino superior	4	67,00		
Perceção do estado de saúde	1º Ciclo	14	58,71	1,473	0,831
	2º Ciclo	16	67,72		
	3º Ciclo	55	61,35		
	Ensino secundário	31	57,66		
	Ensino superior	4	48,25		

Na análise do efeito da variável “estado civil” sobre a variável dependente (cf. tabela 43), constatamos, através da aplicação do teste Kruskal-Wallis, a existência de um efeito ligeiramente significativo na dimensão “isolamento social” ( $p=0,014$ ). Após a localização das diferenças entre grupos (teste Post-Hoc de Tukey), verificaram-se através das comparações múltiplas, diferenças estatísticas ligeiramente significativas entre as médias dos grupos de solteiros ( $\bar{x}=60,76$ ) e viúvos ( $\bar{x}=93,67$ ; tukey=0.028) e entre os casados ( $\bar{x}=58,37$ ) e viúvos ( $\bar{x}=93,67$ ; tukey=0,015). Estes valores, permitem-nos inferir que os trabalhadores viúvos apresentam maiores dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença a um grupo.

Em análise aos valores médios apresentados na pontuação da “escala PSN”, apesar de estatisticamente não significativos, podemos afirmar que tendencialmente são os trabalhadores divorciados que apresentam maior expressão na pontuação da “escala do

PSN” ( $\bar{x}=79,08$ ) e nas suas dimensões “mobilidade física” ( $\bar{x}=67,75$ ), “dor” ( $\bar{x}=75,50$ ), “reações emocionais” ( $\bar{x}=84,33$ ) e “sono” ( $\bar{x}=76,67$ ), o que se traduz num conjunto de comorbilidades comprometedoras do seu estado de saúde (cf. tabela 5). São também os trabalhadores casados que apresentam essa tendência para a obtenção de maior pontuação da dimensão “energia” ( $\bar{x}=62,48$ ), correspondente à sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades.

Os trabalhadores solteiros, são os que tendencialmente obtêm menor pontuação da “escala PSN” ( $\bar{x}=49,10$ ), assim como nas dimensões “mobilidade física” ( $\bar{x}=51,33$ ), “dor” ( $\bar{x}=48,28$ ) e “reações emocionais” ( $\bar{x}=49,76$ ), o que evidencia menores défices de saúde comparativamente aos restantes trabalhadores. Já nas restantes dimensões “energia” ( $\bar{x}=47,00$ ) e “sono” ( $\bar{x}=27,00$ ), são os trabalhadores viúvos que têm tendência a obtenção de menor pontuação, evidenciando assim menor suscetibilidade à fadiga e a perturbações do ciclo sono/vigília.

Tabela 43 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o estado civil e a variável dependente

Perfil de saúde de Nottingham	Estado civil	n (120)	$\bar{x}$	$\chi^2$	p
Mobilidade física	Solteiro	29	51,33	3,565	0,312
	Casado	82	63,40		
	Divorciado	6	67,75		
	Viúvo	3	55,50		
Dor	Solteiro	29	48,28	5,632	0,131
	Casado	82	63,51		
	Divorciado	6	75,50		
	Viúvo	3	66,50		
Energia	Solteiro	29	57,09	2,023	0,568
	Casado	82	62,48		
	Divorciado	6	56,75		
	Viúvo	3	47,00		
Reações emocionais	Solteiro	29	49,76	7,179	0,066
	Casado	82	61,87		
	Divorciado	6	84,33		
	Viúvo	3	79,33		
Sono	Solteiro	29	56,59	5,094	0,165
	Casado	82	61,93		
	Divorciado	6	76,67		
	Viúvo	3	27,00		
Isolamento social	Solteiro	29	60,76	10,558	<b>0,014</b>
	Casado	82	58,37		
	Divorciado	6	71,83		
	Viúvo	3	93,67		
Perceção do estado de saúde	Solteiro	29	49,10	5,335	0,149
	Casado	82	63,07		
	Divorciado	6	79,08		
	Viúvo	3	63,17		

- **Influência das variáveis de contexto laboral na percepção do estado de saúde.**

De forma a estudarmos a variação da nossa variável dependente explicada pela variável “tempo de serviço”, foi aplicado o teste do coeficiente da correlação de Pearson, o qual não revelou a existência de associação significativa entre estas (cf. tabela 44). Podemos inferir, que o tempo de serviço não explica a variação da pontuação obtida na “escala do PSN”.

Tabela 44 – Resultados da correlação de Pearson entre o tempo de serviço e a variável dependente

Tempo de serviço	r	p
Mobilidade física	0,137	0,137
Dor	0,097	0,294
Energia	0,046	0,615
Reações Emocionais	0,051	0,581
Sono	0,048	0,605
Isolamento social	-0,046	0,620
Percepção do estado de saúde	0,105	0,255

Já em relação ao tempo de trabalho médio por semana (cf. tabela 45), verificou-se que o aumento do número de horas de trabalho por semana diminui os défices de saúde relacionados com as dimensões “emoções” ( $p=0,033$ ) e “isolamento social” ( $p=0,005$ ).

Tabela 45 – Resultados da correlação de Pearson entre o tempo de trabalho médio por semana e a variável dependente

Tempo de trabalho medio por semana	r	p
Mobilidade física	0,015	0,868
Dor	0,043	0,638
Energia	0,031	0,740
Reações Emocionais	-0,195	<b>0,033</b>
Sono	0,060	0,512
Isolamento social	-0,256	<b>0,005</b>
Escala	-0,031	0,733

Continua-se a verificar o mesmo tipo de associação mesmo após a soma do tempo de trabalho medio por semana com o número de horas diárias despendidas pelos trabalhadores nas tarefas domésticas (cf. tabela 46), assumindo ainda maior significância estatística (“reações emocionais” -  $p=0,014$  e “isolamento social” -  $p=0,001$ ).

Tabela 46 – Resultados da correlação de Pearson entre o tempo de trabalho médio por semana com o tempo de tarefas domésticas e a variável dependente

Tempo de serviço e tempo de tarefas domésticas	r	p
Mobilidade física	0,009	0,926
Dor	-0,037	0,691
Energia	-0,076	0,408
Reações Emocionais	-0,224	<b>0,014</b>
Sono	0,048	0,604
Isolamento social	-0,287	<b>0,001</b>
Percepção do estado de saúde	-0,093	0,314

Utilizamos o teste de Mann Whitney de forma a inferirmos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios obtidos na “escala do PSN” pelos grupos de trabalhadores com diferenciação no tipo de horário de trabalho (cf. tabela 47). Foi identificada uma associação ligeiramente significativa ( $p=0,033$ ) na pontuação obtida na dimensão “isolamento social”, pelos trabalhadores que efetuam horário diurno ( $\bar{x}=65,00$ ). Podemos assim afirmar, que os trabalhadores que fazem este tipo de horário são os que apresentam maior dificuldade na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença a um grupo.

Apesar de não se verificarem mais diferenças estatisticamente significativas, ao analisarmos os restantes valores médios, podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores que efetuam a jornada de trabalho em:

- Horário diurno, obtêm maior pontuação na escala do PSN ( $\bar{x}=64,71$ ) e nas dimensões “mobilidade física” ( $\bar{x}=62,17$ ), “dor” ( $\bar{x}=65,12$ ) e “reações emocionais” ( $\bar{x}=66,08$ ), o que se relaciona com maiores défices de saúde traduzidos por estados depressivos, dor, limitação funcional, nervosismo, tensão e desânimo, com repercussões ao nível da locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das tarefas, no entanto, pela tendência à obtenção de menor pontuação na dimensão “sono” ( $\bar{x}=56,68$ ), apresentam menor exposição a perturbações relacionadas com o ciclo sono/vigília, comparativamente aos que efetuam os restantes tipos de horário;
- Horário em turnos rotativos, obtêm maior pontuação na dimensão “energia” ( $\bar{x}=64,03$ ), podendo assim virem a apresentar sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades;
- Horário em turnos fixos, obtêm maior pontuação na dimensão “sono” ( $\bar{x}=62,70$ ), o que sugere maiores perturbações no ciclo sono/vigília. No entanto, obtêm menor pontuação na dimensão “energia” ( $\bar{x}=56,61$ ), o que evidencia menor

suscetibilidade à sensação abrangente de falta de energia, face aos que efetuam os restantes horários de trabalho;

- Horário misto, obtêm menor pontuação na escala do PSN ( $\bar{x}=57,39$ ) e nas suas dimensões, com exceção nas relacionadas com a “energia” e “sono”, o que evidencia que os trabalhadores que fazem a sua jornada de trabalho neste horário, são os que menor suscetibilidade apresentam à obtenção de défices no seu estado de saúde.

Tabela 47 – Resultados do teste de Mann Whitney entre o tipo de horário e a variável dependente

Perfil de saúde de Nottingham	Horário em turnos fixo		Horário em turnos rotativos		Horário Diurno		Horário Misto	
	Não (n=76)	Sim (n=44)	Não (n=60)	Sim (n=60)	Não (n=67)	Sim (n=53)	Não (n=63)	Sim (n=57)
<b>Mobilidade física</b>								
<i>Ord. Médias</i>	60,48	60,43	61,31	59,69	59,18	62,17	61,21	59,72
<i>U</i>	1670,500		1751,500		1687,000		1751,000	
<i>p</i>	0,993		0,778		0,605		0,796	
<b>Dor</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,95	61,45	59,46	61,54	56,84	65,12	61,40	59,51
<i>U</i>	1630,000		1737,500		1530,500		1739,000	
<i>p</i>	0,815		0,738		0,186		0,762	
<b>Energia</b>								
<i>Ord. Médias</i>	62,75	56,61	56,98	64,03	60,50	60,50	59,29	61,84
<i>U</i>	1501,000		1588,500		1775,500		1719,000	
<i>p</i>	0,199		0,126		1,000		0,580	
<b>Reações Emocionais</b>								
<i>Ord. Médias</i>	62,72	56,67	59,50	61,50	56,08	66,08	65,73	54,72
<i>U</i>	1503,000		1740,000		1479,500		1466,000	
<i>p</i>	0,338		0,742		0,102		0,071	
<b>Sono</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,22	62,70	60,13	60,87	63,52	56,68	59,40	61,72
<i>U</i>	1575,000		1778,000		1573,000		1726,000	
<i>p</i>	0,578		0,903		0,259		0,700	
<b>Isolamento social</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,69	61,90	61,45	59,55	56,94	65,00	63,94	56,70
<i>U</i>	1610,500		1743,000		1537,000		1579,000	
<i>p</i>	0,570		0,612		<b>0,033</b>		0,054	
<b>Perceção do estado de saúde</b>								
<i>Ord. Médias</i>	60,37	60,73	60,23	60,78	57,17	64,71	63,32	57,39
<i>U</i>	1662,000		1783,500		1552,500		1618,000	
<i>p</i>	0,956		0,931		0,237		0,349	

No sentido de se verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios obtidos na “escala do PSN” e os constrangimentos ambientais com maior representatividade na amostra, foi aplicado o teste Mann Whitney. Nos resultados expressos na tabela 48, foram identificadas diferenças estatísticas muito significativas entre a exposição a “ruído nocivo ou incómodo” e a pontuação obtida na dimensão “dor” ( $p=0,007$ ) e diferenças ligeiramente significativas entre o mesmo constrangimento e a pontuação

obtida na dimensão “*mobilidade física*” ( $p=0,022$ ); entre a exposição ao “*calor/frio ou variações de temperaturas*” e a pontuação obtida na dimensão “*dor*” ( $p=0,039$ ) e entre a exposição a “*produtos químicos*” e a pontuação obtida na dimensão “*energia*” ( $p=0,033$ ). Estes resultados permitem-nos inferir que os trabalhadores:

- Expostos a “*ruido nocivo ou incómodo*” apresentam dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual repercussão na realização das atividades e episódios de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura;
- Expostos ao “*calor/frio ou variações de temperaturas*” apresentam episódios de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura;
- Expostos a “*produtos químicos*” manifestam sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades.

Não se verificando mais diferenças estatisticamente significativas, efetuamos a análise dos restantes valores médios, pelo que podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores expostos a:

- “*Ruido nocivo ou incómodo*” obtêm maior pontuação na escala do PSN ( $\bar{x}=72,46$ ) e na dimensão “*isolamento social*” ( $\bar{x}=64,40$ ), o que está relacionado com dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão e de não pertença ao grupo;
- “*Agentes biológicos*”, obtêm maior pontuação na dimensão “*reações emocionais*” ( $\bar{x}=62,82$ ), o que evidencia maiores défices de saúde relacionados com estados de tensão, de nervosismo, de desânimo, depressivos, com perda da vontade de viver;
- “*Produtos químicos*”, obtêm maior pontuação na dimensão “*sono*”, o que evidencia maior suscetibilidade ao desenvolvimento de perturbações do ciclo sono/vigília.

Tabela 48 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos ambientais e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Ruido nocivo ou incómodo		Calor/frio ou variações de temperatura		Agentes biológicos		Produtos químicos	
	Não (n=95)	Sim (n=25)	Não (n=69)	Sim (n=51)	Não (n=46)	Sim (n=74)	Não (n=67)	Sim (n=53)
<b>Mobilidade física</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,13	73,30	57,54	64,51	60,10	60,75	61,40	59,36
<i>U</i>	867,500		1555,000		1683,500		1715,000	
<i>p</i>	<b>0,022</b>		0,229		0,912		0,723	
<b>Dor</b>								
<i>Ord. Médias</i>	56,21	76,82	54,99	67,95	60,57	60,46	56,95	64,99
<i>U</i>	779,500		1379,500		1699,000		1537,500	
<i>p</i>	<b>0,007</b>		<b>0,039</b>		0,987		0,199	
<b>Energia</b>								
<i>Ord. Médias</i>	58,84	66,80	59,26	62,18	62,85	59,04	56,13	66,02
<i>U</i>	1030,000		1674,000		1594,000		1483,000	
<i>p</i>	0,161		0,532		0,422		<b>0,033</b>	
<b>Reacções Emocionais</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,95	62,60	61,20		59,55	56,76	62,82	60,40
<i>U</i>	1135,000		1711,000		1530,000		1768,500	
<i>p</i>	0,723		0,788		0,332		0,969	
<b>Sono</b>								
<i>Ord. Médias</i>	60,52	60,44	59,13	62,35	62,63	59,18	58,64	62,85
<i>U</i>	1186,000		1665,000		1604,000		1651,000	
<i>p</i>	0,992		0,597		0,577		0,488	
<b>Isolamento social</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,47	64,40	58,52	63,18	57,54	62,34	59,68	61,54
<i>U</i>	1090,000		1623,000		1566,000		1720,500	
<i>p</i>	0,286		0,219		0,213		0,622	
<b>Percepção do estado de saúde</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,35	72,46	56,36	66,10	59,79	60,94	58,02	63,63
<i>U</i>	888,500		1474,000		1669,500		1609,500	
<i>p</i>	0,052		0,128		0,860		0,378	

Com a intenção de se verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios obtidos na “escala do PSN” e os constrangimentos físicos com maior representatividade na amostra, foi aplicado o teste não paramétrico Mann Whitney. Analisando a tabela 49, constatamos que os trabalhadores que se encontram expostos a “posturas penosas”, apresentam associações estatísticas: muito significativa na pontuação obtida na dimensão “mobilidade física” ( $p=0,002$ ) e ligeiramente significativas nas dimensões “dor” ( $p=0,037$ ) e “energia” ( $p=0,026$ ). Estes dados permitem-nos inferir que estes trabalhadores apresentam comprometimento ao nível da mobilidade física, dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura e sensação abrangente de falta de energia, cujas repercussões resultantes têm maior expressividade nas atividades físicas. Os trabalhadores expostos a “esforços físicos intensos” ( $p=0,029$ ) e a “permanecer muito tempo de pé na mesma posição” ( $p=0,015$ ), apresentam associações ligeiramente significativas na pontuação obtida na dimensão

“mobilidade física”, com repercussões ao nível da locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida diária.

Após analisarmos os restantes valores médios e apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre as ordenações médias, podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores expostos:

- A estar “*muito tempo de pé na mesma posição*” obtêm maior pontuação na “*escala do PSN*” ( $\bar{x}=64,37$ ) e na dimensão “*reações emocionais*” ( $\bar{x}=65,55$ ), o que se relaciona com a apresentação de maiores défices de saúde, com a particularidade da exposição a estados de tensão, nervosismo, desânimo e depressivos;
- A “*esforços físicos intensos*”, obtêm maior pontuação na dimensão “*sono*” ( $\bar{x}=60,95$ ), o que evidencia maior suscetibilidade destes trabalhadores ao desenvolvimento de perturbações do ciclo sono/vigília;
- A “*Subir e descer com muita frequência*”, obtêm maior pontuação na dimensão “*isolamento social*” ( $\bar{x}=62,06$ ), a qual está relacionada a dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão e de não pertença a um grupo.

Tabela 49 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos físicos e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Posturas penosas		Esforços físicos intensos		Muito tempo de pé na mesma posição		Muito tempo de pé com deslocamento		Subir e descer com muita frequência	
	Não (n=22)	Sim (n=98)	Não (n=11)	Sim (n=109)	Não (n=66)	Sim (n=54)	Não (n=14)	Sim (n=106)	Não (n=56)	Sim (n=64)
<b>Mobilidade física</b>										
<i>Ord. Médias</i>	41,57	64,75	40,77	62,49	54,16	68,25	55,82	61,12	57,50	63,13
<i>U</i>	661,500		382,500		1363,500		676,500		1624,000	
<i>p</i>	<b>0,002</b>		<b>0,029</b>		<b>0,015</b>		0,553		0,309	
<b>Dor</b>										
<i>Ord. Médias</i>	46,82	63,57	42,91	62,28	57,48	64,19	54,29	61,32	57,68	62,97
<i>U</i>	777,000		406,000		1583,000		655,000		1634,000	
<i>p</i>	<b>0,037</b>		0,072		0,284		0,468		0,373	
<b>Energia</b>										
<i>Ord. Médias</i>	49,66	62,93	52,32	61,33	60,70	60,25	55,36	61,18	60,02	60,92
<i>U</i>	839,500		509,500		1768,500		670,000		1765,000	
<i>p</i>	<b>0,026</b>		0,259		0,922		0,417		0,903	
<b>Reações emocionais</b>										
<i>Ord. Médias</i>	59,64	60,69	48,09	61,75	56,37	65,55	44,82	62,57	56,49	64,01
<i>U</i>	1059,000		463,000		1509,500		522,500		1567,500	
<i>p</i>	0,893		0,195		0,133		0,61		0,218	
<b>Sono</b>										
<i>Ord. Médias</i>	58,59	60,93	56,00	60,95	61,64	59,11	59,57	60,62	60,89	60,16
<i>U</i>	1036,000		550,000		1707,000		729,000		1770,000	
<i>p</i>	0,764		0,635		0,677		0,911		0,845	
<b>Isolamento social</b>										
<i>Ord. Médias</i>	65,68	59,34	57,77	60,78	61,52	59,26	52,50	61,56	58,71	62,06
<i>U</i>	964,000		569,500		1725,000		630,000		1692,000	
<i>p</i>	0,190		0,644		0,549		0,121		0,396	
<b>Percepção do estado de saúde</b>										
<i>Ord. Médias</i>	48,43	63,21	45,45	62,02	57,37	64,37	49,18	62,00	57,06	63,51
<i>U</i>	812,500		434,000		1573,000		583,500		1599,500	
<i>p</i>	0,071		0,131		0,268		0,193		0,328	

No estudo da relação entre os constrangimentos relacionados com o ritmo de trabalho, com maior expressão na amostra e, a percepção de saúde, constatou-se que (cf. tabela 50) os trabalhadores que “*dependem dos colegas para a realização do trabalho*”, apresentam associações estatísticas: muitíssimo significativa com dimensão “*dor*” ( $p=0,000$ ); muito significativa com a dimensão “*mobilidade física*” ( $p=0,007$ ) e “*escala do PSN*” ( $p=0,002$ ) e ligeiramente significativa com a dimensão “*energia*” ( $p=0,041$ ). Podemos assim inferir, que estes trabalhadores apresentam maiores défices de saúde, com particularidades na exposição a comorbilidades relacionadas com a locomoção e mobilidade articular, dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura e sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades.

Identificaram-se ainda associações ligeiramente significativas entre os trabalhadores expostos a “*ritmo de trabalho intenso*” e a dimensão “*reações emocionais*” ( $p=0,045$ ) e entre os que referiram “*ser constantemente interrompidos*” e a dimensão “*mobilidade física*”

( $p=0,047$ ). Estes dados permitem-nos inferir que os trabalhadores do primeiro grupo encontram-se expostos a perturbações emocionais, evidenciadas por estados depressivos, de nervosismo, tensão e desânimo, enquanto os trabalhadores do segundo grupo estão expostos a distúrbios na locomoção e mobilidade articular com repercussões na realização das atividades.

Apesar de não se terem identificado mais associações estatisticamente significativas, perante a análise dos restantes valores médios, podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores expostos:

- A terem de “*depender dos colegas para a realização do trabalho*”, obtêm maior pontuação nas dimensões “*sono*” ( $\bar{x}=64,22$ ) e “*isolamento social*” ( $\bar{x}=62,07$ ) o que está relacionado com maiores défices de saúde relacionados com perturbações do ciclo sono/vigília e em dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão e de não pertença ao grupo.

Tabela 50 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com o ritmo de trabalho e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Ritmo de trabalho intenso		Depender dos colegas para realizar o trabalho		Depender dos pedidos diretos dos clientes		Ter de cumprir normas ou prazos rígidos		Ter de gerir instruções contraditórias		Ser frequentemente interrompido	
	Não n (37)	Sim n (83)	Não n (51)	Sim n (69)	Não n (31)	Sim n (89)	Não n (67)	Sim n (53)	Não n (63)	Sim n (57)	Não n (64)	Sim n (56)
<b>Mobilidade física</b>												
<i>Ord. Médias</i>	54,80	63,04	51,54	67,12	52,66	63,23	59,04	62,34	63,17	57,55	55,17	66,59
<i>U</i>	1324,500		1302,500		1136,500		1678,000		1627,500		1451,000	
<i>p</i>	0,184		<b>0,007</b>		0,107		0,568		0,328		<b>0,047</b>	
<b>Dor</b>												
<i>Ord. Médias</i>	56,77	62,16	44,66	72,21	53,71	62,87	56,19	65,95	55,13	66,44	57,44	64,00
<i>U</i>	1397,500		951,500		1169,000		1486,500		1457,000		1596,000	
<i>p</i>	0,423		<b>0,000</b>		0,197		0,119		0,069		0,292	
<b>Energia</b>												
<i>Ord. Médias</i>	56,49	62,29	55,03	64,54	58,32	61,26	57,68	64,07	59,07	62,08	60,92	60,02
<i>U</i>	1387,000		1480,500		1312,000		1586,500		1705,500		1765,000	
<i>p</i>	0,245		<b>0,041</b>		0,577		0,169		0,515		0,845	
<b>Reações Emocionais</b>												
<i>Ord. Médias</i>	51,38	64,57	64,26	57,72	51,95	63,48	61,20	59,61	63,68	56,98	55,41	66,32
<i>U</i>	1198,000		1567,500		1114,500		1728,500		1595,000		1466,000	
<i>p</i>	<b>0,045</b>		0,287		0,097		0,795		0,271		0,073	
<b>Sono</b>												
<i>Ord. Médias</i>	61,65	59,99	55,47	64,22	62,90	59,66	58,93	62,49	59,05	62,11	62,45	58,27
<i>U</i>	1493,000		1503,000		1305,000		1670,000		1704,000		1667,000	
<i>p</i>	0,799		0,151		0,638		0,557		0,612		0,488	
<b>Isolamento social</b>												
<i>Ord. Médias</i>	58,97	61,18	58,37	62,07	63,73	59,38	59,65	61,58	62,87	57,89	60,77	60,19
<i>U</i>	1479,000		1651,000		1279,500		1718,500		1646,500		1774,500	
<i>p</i>	0,586		0,329		0,310		0,610		0,184		0,876	
<b>Percepção do estado de saúde</b>												
<i>Ord. Médias</i>	54,15	63,33	49,34	68,75	53,31	63,01	56,49	65,58	59,20	61,94	56,59	64,96
<i>U</i>	1300,500		1190,500		1156,500		1506,500		1713,500		1542,000	
<i>p</i>	0,180		<b>0,002</b>		0,179		0,153		0,665		0,187	

No sentido de se verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação da escala do PSN e os valores médios obtidos nos constrangimentos relacionados com o tempo de trabalho, com maior representatividade na amostra, foi aplicado o teste Mann Whitney. Nos resultados expressos na tabela 51, foram identificadas diferenças estatísticas ligeiramente significativas entre os trabalhadores:

- Expostos à situação de terem de “ultrapassar o horário normal de trabalho”, com a pontuação obtida na dimensão “mobilidade física” ( $p=0,031$ ), resultados que nos permitem afirmar que estes trabalhadores apresentam dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida diária;
- Expostos à situação de terem de “saltar ou encurtar uma refeição ou não realizar pausa”, com as pontuações obtidas nas dimensões “energia” ( $p=0,034$ ) e

“reações emocionais” ( $p=0,027$ ), pelo que se pode inferir que estes trabalhadores manifestam a sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades e estados de nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília e na perda da vontade de viver;

- Expostos à situação de terem de “*dormir a horas pouco usuais*”, com as pontuações obtidas nas dimensões “*dor*” ( $p=0,016$ ) e “*energia*” ( $p=0,035$ ), para além da sintomatologia inerente à dimensão energia já referida no ponto anterior, manifestam também dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou em determinada postura.

Não se verificando mais diferenças estatisticamente significativas, efetuamos a análise dos restantes valores médios, pelo que podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores expostos:

- À situação de terem de “*saltar ou encurtar uma refeição ou não realizar pausa*”, obtêm maior pontuação na “*escala do PSN*” ( $\bar{x}=65,85$ ) e na dimensão “*sono*” ( $\bar{x}=61,53$ ), o que está relacionado com maiores défices de saúde (cf. tabela 5);
- À situação de terem de “*manter disponibilidade permanente*”, obtêm maior pontuação na dimensão “*isolamento social*” ( $\bar{x}=61,02$ ), com os défices de saúde inerentes a esta (cf. tabela 5);

Tabela 51 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com o tempo de trabalho e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Ultrapassar o horário normal de trabalho		Dormir a horas pouco usuais		Saltar ou encurtar uma refeição ou não realizar a pausa		Manter disponibilidade permanente	
	Não (n=59)	Sim (n=61)	Não (n=70)	Sim (n=50)	Não (n=65)	Sim (n=55)	Não (n=55)	Sim (n=65)
<b>Mobilidade física</b>								
<i>Ord. Médias</i>	54,21	66,58	59,69	61,64	55,45	66,46	55,99	64,32
<i>U</i>	1428,500		1693,000		1459,500		1539,500	
<i>p</i>	<b>0,031</b>		0,737		0,056		0,148	
<b>Dor</b>								
<i>Ord. Médias</i>	58,69	62,25	66,81	51,67	59,14	62,11	59,87	61,03
<i>U</i>	1692,500		1308,500		1699,000		1753,000	
<i>p</i>	0,566		<b>0,016</b>		0,634		0,853	
<b>Energia</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,14	63,75	56,39	66,26	56,00	65,82	60,01	60,92
<i>U</i>	1601,500		1462,000		1495,000		1760,500	
<i>p</i>	0,152		<b>0,035</b>		<b>0,034</b>		0,845	
<b>Reações emocionais</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,26	63,63	60,16	60,97	54,32	67,81	58,06	62,56
<i>U</i>	1608,500		1726,500		1385,500		1653,500	
<i>p</i>	0,295		0,896		<b>0,027</b>		0,461	
<b>Sono</b>								
<i>Ord. Médias</i>	62,61	58,46	59,91	61,32	59,63	61,53	65,15	56,57
<i>U</i>	1675,000		1709,000		1731,000		1532,000	
<i>p</i>	0,491		0,818		0,754		0,156	
<b>Isolamento social</b>								
<i>Ord. Médias</i>	61,60	59,43	61,14	59,61	60,76	60,19	59,88	61,02
<i>U</i>	1734,500		1705,500		1770,500		1753,500	
<i>p</i>	0,563		0,688		0,879		0,761	
<b>Percepção do estado de saúde</b>								
<i>Ord. Médias</i>	58,19	62,73	63,31	56,57	55,97	65,85	60,28	60,68
<i>U</i>	1663,500		1553,500		1493,000		1775,500	
<i>p</i>	0,473		0,294		0,119		0,949	

Para verificarmos a existência de associações estatisticamente significativas entre os constrangimentos relacionados com a autonomia e iniciativa e a variável dependente, após aplicação do teste Mann Whitney, foram identificadas associações estatísticas (cf. tabela 52):

- Muito significativas, entre a pontuação obtida na dimensão “dor” ( $p=0,007$ ) e os trabalhadores expostos a terem de “obedecer a um trabalho rígido”, pelo que se pode inferir que estes apresentam episódios de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, o repouso ou associada a determinada postura;
- Ligeiramente significativas, entre a pontuação obtida na “escala do PSN” e os trabalhadores expostos aos constrangimentos de terem de “realizar o trabalho definido sem a possibilidade de o alterar” ( $p=0,011$ ) e de “obedecer a um horário de trabalho rígido” ( $p=0,013$ ), o que nos permite afirmar que estes apresentam

maiores défices de saúde, comparativamente aos colegas de trabalho não expostos a estes constrangimentos;

- Ligeiramente significativas, entre a pontuação obtida na dimensão “*isolamento social*” e os trabalhadores que referem ter de “*respeitar de forma rígida os momentos de pausa*” ( $p=0,041$ ), assim como os que referem ter de “*obedecer a um horário de trabalho rígido*” ( $p=0,034$ ), pelo que inferimos que estes trabalhadores apresentam maiores défices de saúde neste domínio, traduzindo-se em dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo;
- Ligeiramente significativas, entre a pontuação obtida na dimensão “*sono*” e os trabalhadores que “*não participam nas decisões relativas ao trabalho*” ( $p=0,047$ ), pelo que afirmamos que estes trabalhadores apresentam perturbações do ciclo sono/vigília.

Não se verificando mais associações estatisticamente significativas, mas tendo em consideração os restantes valores médios, podemos afirmar que tendencialmente são apresentados valores mais altos na pontuação obtida:

- Na dimensão “*reações emocionais*”, pelos trabalhadores que “*realizam o trabalho definido sem possibilidade de o poder alterar*” ( $\bar{x}=68,28$ ), pelo que se encontram mais suscetíveis à ocorrência de estados depressivos, de tensão, nervosismo e desânimo;
- Nas dimensões “*mobilidade física*” ( $\bar{x}=69,69$ ) e “*energia*” ( $\bar{x}=66,97$ ), pelos trabalhadores que dizem ter de “*obedecer a um horário de trabalho rígido*”, apresentando estes maior suscetibilidade em défices de saúde relacionados com a sintomatologia que caracteriza estas dimensões (cf. tabela 5).

Tabela 52 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com a autonomia e iniciativa e a perceção do estado de saúde

Exposto a situações de ...)	Realizar o trabalho definido sem possibilidade de alteração		Respeitar de forma rígida os momentos de pausa		Obedecer a um horário de trabalho rígido		Não poder participar nas decisões relativas ao trabalho	
	Não (n=95)	Sim (n=25)	Não (n=86)	Sim (n=34)	Não (n=104)	Sim (n=16)	Não (n=92)	Sim (n=28)
<b>Perfil de saúde de Nottingham</b>								
<b>Mobilidade física</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,14	65,68	61,23	58,65	59,09	69,69	58,77	66,18
<i>U</i>	1058,000		1399,000		685,000		1129,000	
<i>p</i>	0,354		0,685		0,209		0,275	
<b>Dor</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,56	71,68	59,17	63,87	57,19	82,00	58,13	68,29
<i>U</i>	908,000		1347,500		488,000		1070,000	
<i>p</i>	0,065		0,496		<b>0,007</b>		0,167	
<b>Energia</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,46	64,46	61,60	57,72	59,50	66,97	59,86	62,59
<i>U</i>	1088,500		1367,500		728,500		1229,500	
<i>p</i>	0,378		0,448		0,271		0,617	
<b>Reações emocionais</b>								
<i>Ord. Médias</i>	58,45	68,28	61,30	58,49	59,92	64,25	61,84	56,11
<i>U</i>	993,000		1393,500		772,000		1165,000	
<i>p</i>	0,190		0,677		0,629		0,426	
<b>Sono</b>								
<i>Ord. Médias</i>	58,23	69,12	62,87	54,50	58,77	71,75	57,20	71,36
<i>U</i>	972,000		1258,000		652,000		984,000	
<i>p</i>	0,142		0,210		0,143		<b>0,047</b>	
<b>Isolamento social</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,39	64,70	58,09	66,59	58,94	70,63	61,67	56,64
<i>U</i>	1082,500		1255,000		670,000		1180,000	
<i>p</i>	0,250		<b>0,041</b>		<b>0,034</b>		0,256	
<b>Perceção do estado de saúde</b>								
<i>Ord. Médias</i>	56,39	76,10	60,53	60,43	57,42	80,50	58,18	68,11
<i>U</i>	797,500		1459,500		512,000		1075,000	
<i>p</i>	<b>0,011</b>		0,988		<b>0,013</b>		0,185	

No estudo da relação entre os constrangimentos relacionados com as relações de trabalho, com maior representatividade na amostra, e a perceção do estado de saúde, constatou-se que (cf. tabela 53) os trabalhadores expostos a situações de “agressão verbal”, apresentam associações estatísticas:

- Muitíssimo significativa com a pontuação obtida na dimensão “mobilidade física” ( $p=0,000$ );
- Muito significativas com as pontuações obtidas na “escala do PSN” ( $p=0,005$ ) e na dimensão “dor” ( $p=0,008$ );
- Ligeiramente significativa com a pontuação obtida na dimensão “reações emocionais” ( $p=0,047$ ).

Estes resultados permitem-nos inferir que estes trabalhadores apresentam elevados défices de saúde com maior expressividade nas dificuldades de locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida

diária; na dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura e em estados relacionados com nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília e na perda da vontade de viver.

Os trabalhadores que referem a *“impossibilidade de se expressarem à vontade”*, apresentam associações estatísticas muito significativas com a pontuação obtida na dimensão *“reações emocionais”* ( $p=0,003$ ) e diferenças ligeiramente significativas com as pontuações obtidas na dimensão *“mobilidade física”* ( $p=0,025$ ) e na *“escala do PSN”* ( $p=0,031$ ). Resultados estes que nos permitem inferir que estes trabalhadores apresentam défices de saúde com iguais manifestações apresentadas pelos colegas expostos a situações de agressão verbal, com exceção dos sintomas relacionados com a dimensão *“dor”*.

Aqueles que referem serem *“pouco reconhecidos pelos colegas”* ou pelas *“chefias”*, obtiveram associações estatísticas significativas ( $p=0,019$ ;  $p=0,004$ ) com a pontuação obtida na dimensão *“mobilidade física”*, o que nos leva a inferir que estes apresentam défices de saúde que se traduzem por dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades.

Não se verificando mais associações estatisticamente significativas, após análise dos restantes valores médios, podemos afirmar que tendencialmente são apresentados valores mais altos na pontuação obtida nas dimensões: *“energia”* e *“sono”*, pelos trabalhadores que alegam estar sujeitos ao risco de *“agressão verbal”* ( $\bar{x}=62,38$ ;  $\bar{x}=65,22$ ) e *“isolamento social”*, pelos que manifestam *“impossibilidade de se expressar à vontade”* ( $\bar{x}=64,84$ ). Estes resultados sugerem maior suscetibilidade destes trabalhadores a défices de saúde relacionados com as dimensões mais representativas (cf. tabela 5).

Tabela 53 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com as relações de trabalho e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Pouco reconhecimento pelas chefias		Pouco reconhecimento pelos colegas		Impossibilidade de se expressar à vontade		Agressão verbal	
	Não (n=63)	Sim (n=57)	Não (n=70)	Sim (n=50)	Não (n=71)	Sim (n=49)	Não (n=65)	Sim (n=55)
<b>Mobilidade física</b>								
<i>Ord. Médias</i>	52,71	69,11	54,83	68,44	55,15	68,26	50,92	71,82
<i>U</i>	1304,500		1353,000		1359,500		1165,000	
<i>p</i>	<b>0,004</b>		<b>0,019</b>		<b>0,025</b>		<b>0,000</b>	
<b>Dor</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,04	64,32	57,65	64,49	56,21	66,71	52,85	69,54
<i>U</i>	1577,500		1550,500		1435,000		1290,500	
<i>p</i>	0,242		0,278		0,097		<b>0,008</b>	
<b>Energia</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,29	61,84	60,56	60,41	59,55	61,88	58,91	62,38
<i>U</i>	1719,000		1745,500		1672,000		1684,000	
<i>p</i>	0,580		0,974		0,619		0,453	
<b>Reações emocionais</b>								
<i>Ord. Médias</i>	56,38	65,05	57,99	64,02	53,10	71,22	54,95	67,06
<i>U</i>	1536,000		1574,000		1214,000		1426,500	
<i>p</i>	0,155		0,328		<b>0,003</b>		<b>0,047</b>	
<b>Sono</b>								
<i>Ord. Médias</i>	61,70	59,18	63,74	55,96	61,01	59,76	56,51	65,22
<i>U</i>	1720,000		1523,000		1703,000		1528,000	
<i>p</i>	0,676		0,203		0,837		0,150	
<b>Isolamento social</b>								
<i>Ord. Médias</i>	62,06	58,77	59,45	61,97	57,51	64,84	61,54	59,27
<i>U</i>	1697,000		1676,500		1527,000		1720,000	
<i>p</i>	0,380		0,507		0,054		0,547	
<b>Percepção do estado de saúde</b>								
<i>Ord. Médias</i>	56,86	64,53	58,36	63,49	54,85	68,69	52,27	70,23
<i>U</i>	1566,000		1600,500		1338,000		1252,500	
<i>p</i>	0,226		0,424		<b>0,031</b>		<b>0,005</b>	

Para verificarmos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação obtida na variável dependente e os valores médios obtidos nos constrangimentos relacionados com o contacto com o público, com maior representatividade na amostra, foi aplicado o teste Mann Whitney. Foram identificadas diferenças estatísticas ligeiramente significativas (cf. tabela 54) entre a pontuação obtida:

- Na dimensão “*mobilidade física*”, pelos trabalhadores que referiram estar expostos a situações de “*tensão nas relações com o público*” ( $p=0,012$ ) e pelos que referiram estar expostos ao risco de “*agressão verbal*” por parte do público ( $p=0,020$ ). Podemos inferir que estes resultados são expressivos dos défices de saúde destes indivíduos ao nível das dificuldades apresentadas na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades.
- Na dimensão “*isolamento social*”, pelos trabalhadores que referiram ter de “*suportar as exigências, queixas ou reclamações do público*” ( $p=0,044$ ), pelo que podemos afirmar que estes indivíduos apresentam dificuldades na interação

social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo.

Não se verificando mais diferenças estatisticamente significativas, mas tendo em consideração os restantes valores médios, podemos afirmar que tendencialmente são apresentados valores mais altos na pontuação obtida:

- Nas dimensões “dor” ( $\bar{x}=62,98$ ), “energia” ( $\bar{x}=61,26$ ) e na “escala do PSN” ( $\bar{x}=61,73$ ), pelos trabalhadores que referiram estar expostos ao “risco de agressão verbal por parte do público”;
- Na dimensão “reações emocionais” ( $\bar{x}=61,00$ ), pelos trabalhadores que referiram ter de “suportar as exigências, queixas ou reclamações do público”;
- Na dimensão “sono”, pelos trabalhadores que referiram ter de “dar resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas”.

Tabela 54 – Resultados do teste de Mann Whitney entre constrangimentos relacionados com o contacto com o público e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Suportar exigências, queixas ou reclamações do público		Confronto de situações de tensão nas relações com o público		Exposição ao risco de agressão verbal do público		Resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas	
	Não (n=12)	Sim (n=108)	Não (n=27)	Sim (n=93)	Não (n=31)	Sim (n=89)	Não (n=16)	Sim (n=104)
<b>Mobilidade física</b>								
<i>Ord. Médias</i>	48,58	61,82	47,07	64,40	49,18	64,44	46,66	62,63
<i>U</i>	505,000		893,000		1028,500		610,500	
<i>p</i>	0,166		<b>0,012</b>		<b>0,020</b>		0,058	
<b>Dor</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,17	60,87	52,41	62,85	53,39	62,98	50,84	61,99
<i>U</i>	608,000		1037,000		1159,000		677,500	
<i>p</i>	0,721		0,161		0,177		0,223	
<b>Energia</b>								
<i>Ord. Médias</i>	61,63	60,38	60,50	60,50	58,32	61,26	57,97	60,89
<i>U</i>	634,500		1255,500		1312,000		791,500	
<i>p</i>	0,871		1,000		0,577		0,667	
<b>Reações Emocionais</b>								
<i>Ord. Médias</i>	56,04	61,00	60,04	60,63	61,63	60,11	63,06	60,11
<i>U</i>	594,500		1243,000		1344,500		791,000	
<i>p</i>	0,625		0,935		0,827		0,741	
<b>Sono</b>								
<i>Ord. Médias</i>	62,67	60,26	66,41	58,78	60,94		60,35	61,00
<i>U</i>	622,000		1096,000		1366,000		824,000	
<i>p</i>	0,811		0,291		0,932		0,948	
<b>Isolamento social</b>								
<i>Ord. Médias</i>	71,83	59,24	63,52	59,62	62,10	59,94	60,22	60,54
<i>U</i>	512,000		1174,000		1330,000		827,500	
<i>p</i>	<b>0,044</b>		0,385		0,615		0,953	
<b>Percepção do estado de saúde</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,88	60,79	56,87	61,55	56,97	61,73	58,16	60,86
<i>U</i>	616,500		1157,500		1270,000		794,500	
<i>p</i>	0,782		0,536		0,510		0,771	

De forma a identificar-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação obtida na variável dependente e os valores médios obtidos nas características do trabalho com maior representatividade na amostra, foi aplicado o teste Mann Whitney (cf. tabela 55).

Foram identificadas nos trabalhadores que referiram não querer que este tipo de trabalho pudesse vir a ser *“realizado pelos seus filhos”*, associações estatísticas muitíssimo significativas nas pontuações obtidas na *“escala do PSN”* ( $p=0,000$ ) e na dimensão *“dor”* ( $p=0,000$ ). Identificaram-se ainda também associações ligeiramente significativas nas pontuações das dimensões *“mobilidade física”* ( $p=0,022$ ) e *“sono”* ( $p=0,040$ ). Estes resultados permitem-nos inferir que estes trabalhadores apresentam défices na saúde relacionados com dificuldades ao nível da locomoção e/ou na mobilidade articular, com eventual comprometimento na realização das atividades, perturbação do ciclo sono/vigília com eventual necessidade de intervenção farmacológica e dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura.

Os valores médios obtidos nos trabalhadores que referiram que *“difícilmente conseguem realizar este tipo de trabalho aos 60/65 anos”*, apresentam associações estatísticas ligeiramente significativas com as nas pontuações obtidas na *“escala do PSN”* ( $p=0,025$ ) e nas dimensões *“dor”* ( $p=0,018$ ) e *“reações emocionais”* ( $p=0,047$ ). Trabalhadores estes, que apresentam dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura, estados depressivos, tensão, desânimo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília.

Na análise dos valores médios obtidos nos trabalhadores que referem *“não terem perspectivas de evolução na carreira”*, identificaram-se associações estatísticas ligeiramente significativas nas pontuações obtidas nas dimensões *“dor”* ( $p=0,034$ ) e *“isolamento social”* ( $p=0,038$ ). Podemos inferir que estes trabalhadores apresentam défices de saúde relacionados com dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo e dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura.

Identificou-se uma associação estatística muito significativa ( $p=0,001$ ) na pontuação obtida na dimensão *“mobilidade física”* pelos trabalhadores que classificaram como *“complexo”* o trabalho que realizam. Menos significativa foi a associação verificada na pontuação obtida na dimensão *“dor”* ( $p=0,024$ ). Estes resultados permitem-nos inferir que estes trabalhadores apresentam défices na saúde relacionados com dificuldades ao nível da locomoção e/ou na mobilidade articular, com eventual comprometimento na realização das

atividades, dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura.

No grupo de trabalhadores que classificaram o trabalho como “*imprevisível*”, foi identificada uma associação estatística ligeiramente significativa ( $p=0,033$ ) entre os valores médios e a pontuação obtida na dimensão “*dor*”, pelo que podemos afirmar que estes apresentam défices de saúde relacionados com dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura.

Apesar de não se terem verificado mais diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios, após a análise destes podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores que referiram não querer que este tipo de trabalho pudesse vir a ser “*realizado pelos seus filhos*”, apresentam défices na saúde relacionados com a sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades ( $\bar{x}=63,50$ ).

Tabela 55 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as características do trabalho e a perceção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Imprevisível		Complexo		Sem perspectiva de evolução na carreira		Difícil realizado aos 60/65 anos		Não fosse realizado pelos filhos	
	Não n (34)	Sim n (86)	Não n (60)	Não n (60)	Não n (68)	Sim n (52)	Sim n (24)	Sim n (96)	Não n (51)	Sim n (69)
<b>Mobilidade física</b>										
<i>Ord. Médias</i>	50,78	64,34	50,77	70,23	60,52	60,47	54,83	61,92	52,86	66,14
<i>U</i>	1131,500		1216,000		1766,500		1016,000		1370,000	
<i>p</i>	<b>0,033</b>		<b>0,001</b>		0,993		0,323		<b>0,022</b>	
<b>Dor</b>										
<i>Ord. Médias</i>	54,78	62,76	53,50	67,50	54,72	68,06	45,77	64,18	43,11	73,36
<i>U</i>	1267,500		1380,000		1375,000		798,500		872,500	
<i>p</i>	0,247		<b>0,024</b>		<b>0,034</b>		<b>0,018</b>		<b>0,000</b>	
<b>Energia</b>										
<i>Ord. Médias</i>	64,21	59,03	58,70	62,30	59,90	61,28	59,19	60,83	56,44	63,50
<i>U</i>	1336,000		1692,000		1727,500		1120,500		1552,500	
<i>p</i>	0,312		0,435		0,768		0,776		0,130	
<b>Reações emocionais</b>										
<i>Ord. Médias</i>	57,59	61,65	58,43	62,57	59,89	61,30	48,42	63,52	57,54	62,69
<i>U</i>	1363,000		1676,000		1726,500		862,000		1608,500	
<i>p</i>	0,547		0,497		0,819		<b>0,047</b>		0,403	
<b>Sono</b>										
<i>Ord. Médias</i>	63,26	59,41	62,83	58,17	55,84	66,60	50,63	62,97	53,31	65,81
<i>U</i>	1368,000		1660,000		1451,000		915,000		1393,000	
<i>p</i>	0,564		0,439		0,077		0,101		<b>0,040</b>	
<b>Isolamento social</b>										
<i>Ord. Médias</i>	64,66	58,85	60,48	60,52	57,10	64,95	57,65	61,21	57,20	62,94
<i>U</i>	1320,500		1799,000		1536,500		1083,500		1591,000	
<i>p</i>	0,162		0,993		<b>0,038</b>		0,446		0,129	
<b>Perceção do estado de saúde</b>										
<i>Ord. Médias</i>	56,90	61,92	54,84	66,16	56,20	66,13	46,29	64,05	46,35	70,96
<i>U</i>	1339,500		1460,500		1475,500		811,000		1038,000	
<i>P</i>	0,474		0,074		0,120		<b>0,025</b>		<b>0,000</b>	

Foi também nosso interesse, conhecer o comportamento da classificação atribuída pelos trabalhadores à questão “*consegue conciliar a vida de trabalho com a vida fora de trabalho?*” sobre a nossa variável dependente (cf. 56). A aplicação do teste Kruskal-Wallis revelou a existência de um efeito muito significativo na pontuação obtida na dimensão “*energia*” ( $p=0,005$ ) e de um efeito ligeiramente significativo na pontuação obtida na “*escala do PSN*” ( $p=0,026$ ).

Após a localização das diferenças entre grupos (teste Post-Hoc de Tukey) verificou-se através das comparações múltiplas que nas pontuações obtidas na dimensão “*energia*” há diferenças estatísticas muito significativas (tukey=0.006) entre as médias dos grupos de trabalhadores que referiram “*conciliar sempre*” ( $\bar{x}=52,52$ ) a vida de trabalho com a vida fora de trabalho com o grupo que refere essa conciliação “*frequentemente*” ( $\bar{x}=72,55$ ), o que evidencia maiores défices de saúde para estes últimos, relacionados com a sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades. Através do mesmo procedimento estatístico, verificou-se uma diferença ligeiramente significativa (tukey=0.023) ao nível da pontuação da “*escala do PSN*”, entre os grupos de trabalhadores que em resposta à mesma pergunta referem “*sempre*” ( $\bar{x}=51,21$ ) e “*às vezes*” ( $\bar{x}=73,16$ ), o que evidencia maiores défices de saúde na escala do PSN para aqueles que nem sempre conseguem essa conciliação.

Tabela 56 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o grau de conciliação da vida de trabalho com a vida fora de trabalho e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Conciliar a vida de trabalho com a vida fora de trabalho	n (120)	$\bar{x}$	$\chi^2$	p
Mobilidade física	Sempre	53	53,75	7,175	0,067
	Frequentemente	28	63,16		
	Às vezes	37	69,59		
	Raramente	2	34,00		
Dor	Sempre	53	51,50	7,701	0,053
	Frequentemente	28	68,98		
	Às vezes	37	67,91		
	Raramente	2	43,25		
Energia	Sempre	53	52,52	12,793	<b>0,005</b>
	Frequentemente	28	72,55		
	Às vezes	37	63,54		
	Raramente	2	47,00		
Reações emocionais	Sempre	53	57,55	6,020	0,111
	Frequentemente	28	51,80		
	Às vezes	37	70,81		
	Raramente	2	69,75		
Sono	Sempre	53	57,57	4,316	0,229
	Frequentemente	28	55,04		
	Às vezes	37	69,57		
	Raramente	2	47,00		
Isolamento social	Sempre	53	59,07	1,877	0,598
	Frequentemente	28	58,98		
	Às vezes	37	64,14		
	Raramente	2	52,50		
Percepção do estado de saúde	Sempre	53	51,21	9,232	<b>0,026</b>
	Frequentemente	28	62,45		
	Às vezes	37	73,16		
	Raramente	2	45,25		

Foi nosso interesse, verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação obtida na variável dependente e os valores médios obtidos na formação realizada nos últimos 12 meses, com referência também para a formação em SST. Na análise dos resultados (cf. tabela 57), podemos afirmar que não se verificam associações estatísticas significativas entre a formação e a pontuação obtida na “escala do PSN”, contudo essas são verificadas entre a pontuação obtida na dimensão “isolamento social” e a formação nos últimos 12 meses ( $p=0,031$ ) e entre a pontuação obtida na dimensão “reações emocionais” e a “formação em SST” ( $p=0,049$ ). Perante estes resultados podemos inferir que a formação apenas é preditiva de défices de saúde inerentes a estas dimensões (cf. tabela 5).

Tabela 57 – Resultados do teste de Mann Whitney entre a formação e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Formação nos últimos 12 meses		Formação em SST	
	Não (n=45)	Sim (n=75)	Não (n=27)	Sim (n=48)
<b>Mobilidade física</b>				
<i>Ord. Médias</i>	55,21	63,67	38,19	37,90
<i>U</i>	1449,500		643,000	
<i>p</i>	0,153		0,952	
<b>Dor</b>				
<i>Ord. Médias</i>	60,60	60,44	33,76	40,39
<i>U</i>	1683,000		533,500	
<i>p</i>	0,980		0,195	
<b>Energia</b>				
<i>Ord. Médias</i>	56,10	63,14	33,70	40,42
<i>U</i>	1489,500		532,000	
<i>p</i>	0,139		0,097	
<b>Reações emocionais</b>				
<i>Ord. Médias</i>	63,00	59,00	44,31	34,45
<i>U</i>	1575,000		477,500	
<i>p</i>	0,524		<b>0,049</b>	
<b>Sono</b>				
<i>Ord. Médias</i>	62,36	59,39	33,74	40,40
<i>U</i>	1604,000		533,000	
<i>p</i>	0,633		0,178	
<b>Isolamento social</b>				
<i>Ord. Médias</i>	65,72	57,37	39,06	37,41
<i>U</i>	1452,500		619,500	
<i>p</i>	<b>0,031</b>		0,504	
<b>Percepção do estado de saúde</b>				
<i>Ord. Médias</i>	61,67	59,80	35,72	39,28
<i>U</i>	1635,000		586,500	
<i>p</i>	0,775		0,495	

- **Influência das variáveis de contexto clínico na percepção do estado de saúde.**

Para se avaliar a relação entre as morbidades inerentes ao trabalho e a variável dependente, foi aplicado o teste de Mann Whitney. Como se pode verificar nos resultados apresentados na tabela 58, os trabalhadores que referiram “*ter de trabalhar mesmo estando doente nos últimos 12 meses*”, apresentam associações estatísticas significativas com a pontuação obtida na “*escala do PSN*” ( $p=0,001$ ) e nas dimensões “*dor*” ( $p=0,007$ ), “*reações emocionais*” ( $p=0,040$ ) e “*sono*” ( $p=0,000$ ). Perante estes dados, podemos afirmar que estes trabalhadores apresentam défices de saúde com maior relevância para os inerentes às dimensões associadas (cf. tabela 5). Com associações estatísticas também significativas, embora com menor representatividade nas dimensões do PSN, estão os trabalhadores que referiram ter de “*faltar mais de três dias consecutivos ao trabalho no último ano*” (“*sono*” -  $p=0,009$ ; “*isolamento social*” -  $p=0,023$  e “*escala do PSN*” -  $p=0,022$ ).

Apesar de não se terem verificado mais diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios, após a análise destes podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores que referiram já terem tido “doenças profissionais”, apresentam défices de saúde traduzidos por dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida diária e sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades.

Tabela 58 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as variáveis “acidentes de trabalho”, “doenças profissionais”, “faltar ao trabalho mais de 3 dias seguidos nos últimos 12 meses” e “ter de trabalhar mesmo doente, nos últimos 12 meses” e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Acidentes de trabalho		Doenças profissionais		Faltar ao trabalho mais de 3 dias seguidos nos últimos 12 meses		Ter de trabalhar mesmo doente, nos últimos 12 meses	
	Não (n=89)	Sim (n=31)	Não (n=113)	Sim (n=7)	Não (n=89)	Sim (n=31)	Sim (n=88)	Sim (n=32)
<b>Mobilidade física</b>								
<i>Ord. Médias</i>	58,93	65,02	59,44	77,64	60,74	59,82	58,17	66,91
<i>U</i>	1239,500		275,500		1358,500		1203,000	
<i>p</i>	0,353		0,137		0,889		0,178	
<b>Dor</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,94	67,85	59,25	80,64	57,95	67,82	55,40	74,52
<i>U</i>	1151,500		254,500		1152,500		959,500	
<i>p</i>	0,163		0,107		0,165		<b>0,007</b>	
<b>Energia</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,79	62,53	60,06	67,57	58,33	66,74	58,76	65,28
<i>U</i>	1316,500		346,000		1186,000		1255,000	
<i>p</i>	0,603		0,445		0,110		0,211	
<b>Reações Emocionais</b>								
<i>Ord. Médias</i>	60,65	60,08	60,83	55,21	57,11	70,24	56,74	70,84
<i>U</i>	1366,500		358,500		1077,500		1077,000	
<i>p</i>	0,935		0,665		0,059		<b>0,040</b>	
<b>Sono</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,22	64,16	60,36	62,71	55,83	73,90	53,80	78,94
<i>U</i>	1266,000		380,000		964,000		818,000	
<i>p</i>	0,473		0,855		<b>0,009</b>		<b>0,000</b>	
<b>Isolamento social</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,92	62,16	61,00	52,50	57,99	67,71	60,69	59,98
<i>U</i>	1328,000		339,500		1156,000		1391,500	
<i>p</i>	0,601		0,288		<b>0,023</b>		0,868	
<b>Percepção do estado de saúde</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,81	68,21	59,63	74,50	56,22	72,79	54,16	77,92
<i>U</i>	1140,500		297,500		998,500		850,500	
<i>p</i>	0,150		0,271		<b>0,022</b>		<b>0,001</b>	

Foi nosso interesse estudar a relação entre as morbilidades mais representativas da amostra e a nossa variável dependente. Conforme se pode verificar nos resultados apresentados na tabela 59, apenas a morbilidade “varizes” não apresenta relação estatística significativa com a pontuação obtida na “escala do PSN”, apresentando apenas uma relação

ligeiramente significativa ( $p=0,028$ ) com a dimensão “*mobilidade física*”, o que implica a existência de dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida diária, nos trabalhadores que apresentam esta morbidade.

Os trabalhadores que apresentam “*dores de costas*”, apresentam défices de saúde ( $p=0,003$ ) com maior significância nas dimensões “*mobilidade física*” ( $p=0,003$ ) e “*dor*”, ( $p=0,001$ ) (cf. tabela 5).

A comorbidade “*dores musculares*” apenas não apresenta relação significativa com a pontuação obtida na dimensão “*isolamento social*”, pelo que se pode inferir que os trabalhadores que a referiram, apresentam défices de saúde característicos de todas as dimensões da escala (cf. tabela 5), com exceção da qual não se verificou associação estatística.

Os trabalhadores que manifestam “*ansiedade ou irritabilidade*” apresentam associação muitíssimo significativa ( $p=0,000$ ) com a pontuação obtida na “*escala do PSN*” e na dimensão “*reações emocionais*” e muito significativa com a pontuação obtida na dimensão “*mobilidade física*” ( $p=0,002$ ), o que implica défices de saúde, com principal relevância para os relacionados com as dimensões significativas e que se traduzem em dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida diária e estados de nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília e na perda da vontade de viver.

A queixa “*dores de cabeça*” apenas não apresenta relação significativa com a pontuação obtida na dimensão “*energia*”, pelo que se pode inferir que os trabalhadores que a referiram revelam défices de saúde característicos de todas as dimensões da escala (cf. tabela 5), com exceção da qual não se verificou associação estatística.

Tabela 59 – Resultados do teste de Mann Whitney entre os problemas de saúde e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Dores de costas		Dores musculares e articulares		Varizes		Ansiedade ou irritabilidade		Dores de cabeça	
	Não (n=11)	Sim (n=109)	Não (n=21)	Não (n=99)	Não (n=43)	Sim (n=77)	Sim (n=63)	Sim (n=57)	Não (n=61)	Sim (n=59)
<b>Mobilidade física</b>										
<i>Ord. Médias</i>	34,00	63,17	45,00	63,79	52,08	65,20	52,19	69,68	53,86	67,36
<i>U</i>	308,000		714,000		1293,500		1272,000		1394,500	
<i>p</i>	<b>0,003</b>		<b>0,013</b>		<b>0,028</b>		<b>0,002</b>		<b>0,019</b>	
<b>Dor</b>										
<i>Ord. Médias</i>	27,36	63,84	33,88	66,15	52,80	64,80	54,73	66,88	49,30	72,08
<i>U</i>	235,000		480,500		1324,500		1432,000		1116,500	
<i>p</i>	<b>0,001</b>		<b>0,000</b>		0,064		0,051		<b>0,000</b>	
<b>Energia</b>										
<i>Ord. Médias</i>	52,32	61,33	47,00	63,36	61,23	60,09	57,64	63,66	57,77	63,32
<i>U</i>	509,500		756,000		1624,000		1615,500		1633,000	
<i>p</i>	0,259		<b>0,007</b>		0,812		0,192		0,228	
<b>Reações emocionais</b>										
<i>Ord. Médias</i>	48,64	61,70	46,31	63,51	60,07	60,74	48,51	73,75	53,45	67,79
<i>U</i>	469,000		741,500		1637,000		1040,000		1369,500	
<i>p</i>	0,215		<b>0,032</b>		0,916		<b>0,000</b>		<b>0,018</b>	
<b>Sono</b>										
<i>Ord. Médias</i>	50,45	61,51	45,90	63,60	55,19	63,47	55,56	65,96	54,54	66,66
<i>U</i>	489,000		733,000		1427,000		1484,000		1436,000	
<i>p</i>	0,289		<b>0,026</b>		0,187		0,084		<b>0,044</b>	
<b>Isolamento social</b>										
<i>Ord. Médias</i>	57,77	60,78	55,26	61,61	63,47	58,84	59,87	61,20	55,48	65,69
<i>U</i>	569,500		929,500		1528,000		1755,500		1493,000	
<i>p</i>	0,644		0,198		0,237		0,722		<b>0,006</b>	
<b>Percepção do estado de saúde</b>										
<i>Ord. Médias</i>	30,41	63,54	32,74	66,39	52,55	64,94	49,29	72,89	49,66	71,71
<i>U</i>	268,500		456,500		1313,500		1089,500		1138,000	
<i>p</i>	<b>0,003</b>		<b>0,000</b>		0,060		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>	

Na análise dos resultados apresentados na tabela 60, constatou-se associações estatísticas significativas entre os trabalhadores que consomem frequentemente “medicamentos” e as pontuações obtidas na “escala do PSN” ( $p=0,010$ ) e nas dimensões “dor” ( $p=0,001$ ) e “sono” ( $p=0,010$ ), o que implica a presença de défices de saúde com principal incidência na dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura e na perturbação do ciclo sono/vigília.

A presença de “doença crónica” referida pelos trabalhadores, está associada a défices de saúde relacionados com dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida diária ( $p=0,001$ ) e presença de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura ( $p=0,000$ ). Esta comorbidade apresenta associação estatística muito significativa com a pontuação da “escala do PSN” ( $p=0,001$ ) o que se traduz na má percepção do estado de saúde por parte destes indivíduos.

Apesar de não se terem verificado mais diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios, após a análise destes, podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores que manifestaram “doença crónica”, apresentam défices na saúde relacionados com a sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades ( $\bar{x}=64,46$ ), estados de nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília e na perda da vontade de viver ( $\bar{x}=64,82$ ) e dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo ( $\bar{x}=51,14$ ).

Tabela 60 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as variáveis “doença crónica” e “consumo frequente de medicamentos” e a perceção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Doença crónica		Consumo frequente de medicamentos	
	Não (n=95)	Sim (n=25)	Não (n=80)	Sim (n=40)
<b>Mobilidade física</b>				
<i>Ord. Médias</i>	55,57	79,22	56,58	68,35
<i>U</i>	719,500		1286,000	
<i>p</i>	<b>0,001</b>		0,053	
<b>Dor</b>				
<i>Ord. Médias</i>	54,42	83,62	53,36	74,79
<i>U</i>	609,500		1028,500	
<i>p</i>	<b>0,000</b>		<b>0,001</b>	
<b>Energia</b>				
<i>Ord. Médias</i>	59,46	64,46	59,60	62,30
<i>U</i>	1088,500		1528,000	
<i>p</i>	0,378		0,581	
<b>Reações Emocionais</b>				
<i>Ord. Médias</i>	59,36	64,82	61,01	59,48
<i>U</i>	1079,500		1559,000	
<i>p</i>	0,466		0,812	
<b>Sono</b>				
<i>Ord. Médias</i>	58,32	68,80	55,01	71,48
<i>U</i>	980,000		1161,000	
<i>p</i>	0,158		<b>0,010</b>	
<b>Isolamento social</b>				
<i>Ord. Médias</i>	61,38	57,14	62,33	56,85
<i>U</i>	1103,500		1454,000	
<i>p</i>	0,358		0,168	
<b>Perceção do estado de saúde</b>				
<i>Ord. Médias</i>	55,09	81,06	54,72	72,06
<i>U</i>	673,500		1137,500	
<i>p</i>	<b>0,001</b>		<b>0,010</b>	

De forma a identificar-se a relação entre a variável dependente e as respostas dadas pelos trabalhadores quando questionados sobre se o “trabalho afeta a sua saúde” (cf. tabela 61), foi aplicado o teste Kruskal-Wallis, tendo revelado a existência de um efeito muitíssimo significativo na pontuação obtida na dimensão “dor” ( $p=0,000$ ) e de um efeito muito

significativo na pontuação obtida na “escala do PSN” ( $p=0,001$ ) e na dimensão “mobilidade física” ( $p=0,003$ ).

Após a localização das diferenças entre grupos (teste Post-Hoc de Tukey) verificou-se através das comparações múltiplas que nas pontuações obtidas na dimensão “mobilidade física” há diferenças estatísticas ligeiramente significativas ( $tukey=0.011$ ) entre as médias dos grupos de trabalhadores que referiram que o “trabalho afeta a saúde de forma negativa” ( $\bar{x}=67,42$ ) com o grupo que refere “nunca a afeta” ( $\bar{x}=46,16$ ), o que evidencia maiores défices de saúde para o primeiro grupo, relacionados com dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades de vida diária.

Através do mesmo procedimento estatístico, verificaram-se diferenças estatísticas significativas ao nível da pontuação da dimensão “dor”, entre os grupos de trabalhadores que em resposta à mesma pergunta referem as respostas “sim, de forma positiva” ( $\bar{x}=70,50$ ) e “sim, de forma negativa” ( $\bar{x}=68,57$ ) e o grupo que respondeu “não afeta” ( $\bar{x}=42,28$ ), o que evidencia maiores défices de saúde relacionados com a presença de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura, para os que responderam afirmativamente. Semelhante relação foi verificada, entre os mesmos grupos de trabalhadores com a pontuação obtida na “escala do PSN”, o que nos permite inferir que aqueles que referem que o trabalho não afeta a saúde ( $\bar{x}=43,72$ ), apresentam menos défices de saúde do que os que referem que a afeta, seja de forma negativa ( $\bar{x}=68,20$ ) ou positiva ( $\bar{x}=68,59$ ).

Tabela 61 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre a relação que o trabalhador estabelece entre o trabalho e a sua saúde e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	O trabalho afeta a saúde...	n (120)	$\bar{x}$	$\chi^2$	p
Mobilidade física	De forma positiva	16	66,00	11,617	0,003
	De forma negativa	66	67,42		
	Não afeta	38	46,16		
Dor	De forma positiva	16	70,50	15,964	0,000
	De forma negativa	66	68,57		
	Não afeta	38	42,28		
Energia	De forma positiva	16	65,28	3,075	0,215
	De forma negativa	66	62,68		
	Não afeta	38	54,70		
Reações emocionais	De forma positiva	16	65,16	3,379	0,185
	De forma negativa	66	64,09		
	Não afeta	38	52,30		
Sono	De forma positiva	16	71,31	3,186	0,203
	De forma negativa	66	61,53		
	Não afeta	38	54,16		
Isolamento social	De forma positiva	16	60,81	3,148	0,207
	De forma negativa	66	63,16		
	Não afeta	38	55,75		
Percepção do estado de saúde	De forma positiva	16	68,59	13,043	0,001
	De forma negativa	66	68,20		
	Não afeta	38	43,72		

- **Influência das variáveis de contexto comportamental na percepção do estado de saúde.**

Nas tabelas 62 e 63, são apresentados os resultados estatísticos, resultantes da aplicação do teste de Mann Whitney entre a variável dependente e as estratégias usadas pelos trabalhadores para prevenir ou minimizar as repercussões das condições e características do trabalho, na sua saúde. Como se pode verificar, os indivíduos que recorrem à “*automedicação*” apresentam uma associação estatística muito significativa com a pontuação obtida na dimensão “*dor*” ( $p=0,005$ ), pelo que podemos inferir que estes apresentam défices de saúde relacionados com a presença de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura. Por sua vez, os indivíduos que recorrem às estratégias “*desabafo com alguém*” e “*comunico à entidade patronal*”, apresentam dificuldades na interação social, manifestada pela presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo (“*isolamento social*”  $p=0,030$ ;  $p=0,020$ ).

Apesar de não se terem verificado mais diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios, podemos afirmar que tendencialmente os trabalhadores que recorrem:

- À “*automedicação*”, apresentam maior percepção de défices de saúde ( $\bar{x}=69,55$ );
- Ao “*exercício físico*”, apresentam valores mais altos na pontuação obtida na dimensão “*mobilidade física*” ( $\bar{x}=61,25$ ), o que se relaciona com défices de saúde

ao nível das dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades. Foram estes trabalhadores que manifestaram menores défices de saúde relacionados com a dimensão “*energia*”, (cf. tabela 5);

- À “*ginástica laboral*”, manifestam a sensação abrangente de falta de energia com repercussões nas atividades ( $\bar{x}=71,00$ ). No entanto, foram estes trabalhadores que evidenciaram menos défices de saúde na “*escala do PSN*” e nas dimensões “*mobilidade física*”, “*reações emocionais*” e “*isolamento social*” (cf. tabela 5);
- A “*pausas ao longo do trabalho*”, apresentam défices de saúde relacionados com perturbações do ciclo sono/vigília com eventual necessidade de intervenção farmacológica ( $\bar{x}=75,70$ ), no entanto, evidenciaram menores défices de saúde relacionados com a dimensão “*dor*”, face aos que referiram outras estratégias (cf. tabela 5);
- À entidade patronal ou aos responsáveis, para “*comunicarem qualquer situação de trabalho que represente perigo para a segurança e saúde*”, apresentam pontuação mais alta na dimensão “*reações emocionais*” ( $\bar{x}=62,24$ ), com a qual estão relacionados os estados de nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília e na perda da vontade de viver;
- À partilha de sentimentos (“*desabafo com alguém*”), foram os que apresentaram menores défices de saúde relacionados com a dimensão “*sono*” (cf. tabela 5).

Tabela 62 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as estratégias “automedicação”, “exercício físico”, “ginástica laboral” e “pausas”, utilizadas para prevenir ou diminuir as repercussões do trabalho e a percepção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Automedicação		Exercício físico		Ginástica laboral		Pausas	
	Não (n=87)	Sim (n=33)	Não (n=63)	Sim (n=57)	Não (n=117)	Sim (n=3)	Não (n=110)	Sim (n=10)
<b>Mobilidade física</b>								
<i>Ord. Médias</i>	60,54	60,39	59,82	61,25	60,79	49,33	61,23	52,50
<i>U</i>	1432,000		1752,500		142,000		470,000	
<i>p</i>	0,982		0,802		0,598		0,400	
<b>Dor</b>								
<i>Ord. Médias</i>	55,08	74,79	60,44	60,57	60,90	45,00	61,97	44,30
<i>U</i>	964,000		1791,500		129,000		388,000	
<i>p</i>	<b>0,005</b>		0,983		0,459		0,116	
<b>Energia</b>								
<i>Ord. Médias</i>	58,07	66,91	60,21	60,82	60,23	71,00	60,13	64,55
<i>U</i>	1224,000		1777,500		144,000		509,500	
<i>p</i>	0,087		0,896		0,621		0,596	
<b>Reações Emocionais</b>								
<i>Ord. Médias</i>	60,94	59,33	63,18	57,54	60,81	48,33	60,98	55,20
<i>U</i>	1397,000		1626,500		139,000		497,000	
<i>p</i>	0,813		0,354		0,565		0,599	
<b>Sono</b>								
<i>Ord. Médias</i>	59,86	62,18	60,41	60,60	60,26	69,67	59,12	75,70
<i>U</i>	1380,000		1790,000		148,000		398,000	
<i>p</i>	0,731		0,976		0,667		0,128	
<b>Isolamento social</b>								
<i>Ord. Médias</i>	60,78	59,76	63,02	57,72	60,71	52,50	60,70	58,30
<i>U</i>	1411,000		1637,000		151,500		528,000	
<i>p</i>	0,807		0,158		0,703		0,723	
<b>Percepção do estado de saúde</b>								
<i>Ord. Médias</i>	57,07	69,55	60,29	60,73	60,75	50,67	60,51	60,40
<i>U</i>	1137,000		1782,500		146,000		549,000	
<i>p</i>	0,078		0,945		0,644		0,992	

Tabela 63 – Resultados do teste de Mann Whitney entre as estratégias: “comunico à entidade patronal”, “procuro um profissional de saúde” e “desabafo com alguém”, utilizadas para prevenir ou diminuir as repercussões do trabalho e a perceção do estado de saúde

Perfil de saúde de Nottingham	Comunica à entidade patronal		Procura um profissional de saúde		Desabafo com alguém	
	Não (n=38)	Sim (n=82)	Não (n=35)	Sim (n=85)	Não (n=22)	Sim (n=98)
<b>Mobilidade física</b>						
<i>Ord. Médias</i>	64,30	58,74	65,81	58,31	57,48	61,18
<i>U</i>	1413,500		1301,500		1011,500	
<i>p</i>	0,367		0,234		0,617	
<b>Dor</b>						
<i>Ord. Médias</i>	65,87	58,01	53,97	63,19	55,82	61,55
<i>U</i>	1354,000		1259,000		975,000	
<i>p</i>	0,240		0,178		0,476	
<b>Energia</b>						
<i>Ord. Médias</i>	57,78	61,76	58,70	61,24	52,32	62,34
<i>U</i>	1454,500		1424,500		898,000	
<i>p</i>	0,421		0,616		0,092	
<b>Reações Emocionais</b>						
<i>Ord. Médias</i>	56,74	62,24	68,66	57,14	60,23	60,56
<i>U</i>	1415,000		1202,000		1072,000	
<i>p</i>	0,400		0,085		0,966	
<b>Sono</b>						
<i>Ord. Médias</i>	61,63	59,98	60,60	60,46	65,05	59,48
<i>U</i>	1515,000		1484,000		978,000	
<i>p</i>	0,798		0,983		0,475	
<b>Isolamento social</b>						
<i>Ord. Médias</i>	66,88	57,54	63,14	59,41	69,09	58,57
<i>U</i>	1315,500		1395,000		889,000	
<i>p</i>	<b>0,020</b>		0,365		<b>0,030</b>	
<b>Perceção do estado de saúde</b>						
<i>Ord. Médias</i>	62,70	59,48	60,09	60,67	63,41	59,85
<i>U</i>	1474,500		1473,000		1014,000	
<i>p</i>	0,636		0,933		0,663	



## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo anterior foram analisados os dados obtidos tendo-se dado principal destaque aos resultados mais relevantes. No presente capítulo será feita uma síntese e discussão metodológica de carácter mais aprofundado, confrontando os resultados com a evidência científica já publicada.

- **Contexto sociodemográfico**

Na análise dos resultados, verificamos que a **idade média** dos trabalhadores de cuidados pessoais é de 43,21 (dp=10,812 anos; CV=25,02%), sendo o **grupo etário** dos 39-48 anos o mais representativo. A maioria dos inquiridos são **casados** (68,3%) e o grau de escolaridade mais representativo é o **3º ciclo** (45,8%). Estes resultados corroboram os obtidos por Barbosa et al. (2011), Carrilho (2012), Castanheira (2013), Beringuilho (2013), Marques e Pereira (2014), Rodrigues (2014) e Figueiredo (2014). Constatamos assim que as mulheres continuam a ser o **género** mais representativo desta classe de trabalhadores. Apesar do género ser considerado como um fator de risco, tal como nos refere Portugal, MS, DGS, (2008), não existem diferenças no risco entre os géneros quando sujeitos a idênticas exposições aos diversos fatores de risco ainda que, em média, as mulheres tenham menos força muscular no entanto, estas correm maior risco do que os homens na ocorrência de lesões nos membros superiores (Comissão Europeia, DGEASI, 2012).

O **tempo de serviço médio** é de 11,58 anos (dp=8,851 anos; CV=76,43%). Estes resultados são ligeiramente superiores aos apresentados por Beringuilho (2013) (8 anos), Marques e Pereira (2014) (8,13 anos) e muito superiores aos de Rodrigues (2014) (1 a 2 anos). Verificou-se que o tempo médio de serviço dos trabalhadores não está relacionado com défices de saúde.

Relativamente ao **tempo de trabalho médio por semana** verificou-se que, o aumento do número de horas de trabalho diminui os défices de saúde relacionados com as dimensões “*reações emocionais*” ( $p=0,033$ ) e “*isolamento social*” ( $p=0,005$ ). Associação esta que se continua a verificar mesmo após a soma do tempo de trabalho médio por semana ao número de horas diárias despendidas pelos trabalhadores nas tarefas domésticas, assumindo ainda maior significância estatística (“*reações emocionais*” -  $p=0,014$ ;

“*isolamento social*” -  $p=0,001$ ). Ao invés de se ter verificado uma expectável associação entre o aumento do número de horas de trabalho diárias e o aumento dos défices de saúde, resultante da sobrecarga diária de trabalho, verificou-se uma diminuição destes. Este aumento do número de horas diárias de trabalho parece assumir-se como um fator preventivo de défices de saúde relacionados com estados de nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo e, menores dificuldades na interação social. Resultados estes contraditórios aos referidos por Serranheira et al. (2005, p. 62), salientando que a maior prevalência de PME em mulheres para além de estar relacionada com postos de trabalho menos diferenciados, mais repetitivos e com ritmos elevados, pode ser agravada pelo acréscimo das atividades domésticas, devido às conseqüentes solicitações biomecânicas dos membros superiores e coluna.

Com o avançar da **idade** estes trabalhadores apresentam mais défices de saúde ( $r=0,291$ ;  $p=0,001$ ), com maior expressividade ao nível da mobilidade física ( $p=0,001$ ), dor ( $p=0,002$ ), perturbações do ciclo sono/vigília ( $p=0,034$ ) e sensação de falta de energia ( $p=0,040$ ) onde, os pertencentes ao grupo etário dos 49-58 anos evidenciaram mais défices de saúde nas diversas dimensões do PSN, com exceção da dimensão “*isolamento social*” (59-68 anos) e com significância estatística ( $p=0,008$ ) na dimensão “*mobilidade física*”. O envelhecimento da força de trabalho também é verificado neste setor de atividade e tal como nos refere Serranheira et al. (2005), embora a idade por si só não constitua um fator de risco para o desenvolvimento das PME, a conseqüente diminuição da força máxima voluntária e as alterações da mobilidade articular associadas ao envelhecimento, assumem-se como fatores de risco percutores das PME. Para além do envelhecimento, a exposição repetida a esforços mais ou menos intensos ao longo de um período de tempo prolongado, contribui para o desenvolver das PME (AESST, 2007, p.1).

Quanto ao **estado civil**, os trabalhadores viúvos apresentaram maiores dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença a um grupo ( $p=0,014$ ).

- **Contexto laboral**

No total da amostra os indivíduos apresentam um **contrato de trabalho formal** (99,2%) **sem termo** (87,5%), tendo a maioria (96,7%) afirmado **não ter outra atividade profissional**. Esta situação contratual não é favorecedora de instabilidade profissional, caso contrário seria considerado fator de risco para o desenvolvimento das PME (AESST, 2007b). Apesar de se verificar a estabilidade contratual nesta classe trabalhadora, o sentimento de insatisfação profissional parece estar subjacente em determinadas respostas ao

questionário, situação esta também constatada por Machado (2013) e Figueiredo (2014). Esta insatisfação pode estar relacionada com as exigências inerentes a esta profissão, seja a nível físico ou psíquico (Barbosa et al., 2011). No entanto, apesar destes indícios de descontentamento com a profissão identificou-se que, o sentimento de prazer e realização pessoal no trabalho resulta do **sentimento de fazer um trabalho bem feito** (100%); do **contributo útil para a sociedade** (99,2%); do **trabalho realizado** (98,3%) e da **oportunidade de se fazer coisas que realmente dão prazer** (78,3%).

O **horário fixo** é efetuado por 55,8% da amostra, em **turnos rotativos** (50%), nos **períodos diurno e noturno** (47,5%). A organização dos horários de trabalho, tal como nos refere a Comissão Europeia, DGEASI (2012), tem grande influência nos fatores de esforço com que os trabalhadores são confrontados e refere-se não só à duração do tempo de trabalho, que está na origem do esforço, mas também à sua organização e distribuição. Através dos resultados obtidos verificou-se que não há acumulação de horas, o que não implica o aumento da fadiga como consequência do aumento do tempo de serviço. No entanto, a mesma entidade também nos refere que a organização e distribuição do tempo de trabalho verificada no trabalho por turnos podem ter influência na exaustão e conciliação da vida familiar. Os resultados por nós obtidos são opostos aos referidos pela Comissão Europeia pois verificou-se que, os trabalhadores que efetuam horário diurno apresentaram mais défices de saúde traduzidos por dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo e tendencialmente défices de saúde relacionados a estados depressivos, de dor, limitação funcional, nervosismo, tensão e desânimo, com repercussões ao nível da locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das tarefas. Relacionado a estes resultados podem estar as múltiplas tarefas a realizar durante esta jornada de trabalho, envolvendo não apenas o requisito do esforço físico como também do psíquico, resultante do complexo processo do cuidar de pessoas idosas com múltiplas patologias crónicas, comorbidades e índices superiores de dependência necessitando como tal, de mais apoio e ajuda para a satisfação das necessidades humanas básicas e atividades de vida diária.

Barbosa et al. (2011), num estudo relacionado com os cuidadores envolvidos na prestação de cuidados a idosos institucionalizados concluiu que, 42,5% sentiam alguma dificuldade na prestação dos cuidados ao nível da deambulação/mobilização seguidos de 30% que manifestaram bastante dificuldade. Pinto (2012), na análise efetuada às condições de trabalho neste grupo profissional em estabelecimentos de apoio social também conclui que, o turno da manhã é o que apresenta maior ritmo de trabalho com tarefas repetitivas, onde o sintoma dor é mais frequente no terminar dessa jornada de trabalho. Verifica-se ainda que, o horário diurno possibilita aos trabalhadores menor exposição a perturbações

relacionadas com o ciclo sono/vigília comparativamente aos que efetuam os restantes tipos de horário.

No que se refere à exposição a **constrangimentos ambientais** no local de trabalho, os que obtiveram maior expressão foram: **agentes biológicos** (61,7%), **produtos químicos** (44,2%); **calor/frio ou variações de temperatura extremas** (42,5%) e **ruido nocivo ou incómodo** (20,8%). A AESST, OER (2014) refere que, a exposição a riscos biológicos e químicos é mais prevalente no setor da saúde, o que vai ao encontro dos resultados por nós obtidos no entanto, apesar da sua expressividade são desvalorizados pelos participantes devido ao reduzido grau de incómodo atribuído. Estes constrangimentos ambientais também foram identificados por Figueiredo (2014) num estudo realizado num lar de idosos.

A sensação de falta de energia referida pelos indivíduos expostos a produtos químicos ( $p=0,033$ ) poderá estar relacionada ao esforço físico durante o trabalho nas limpezas. Já a exposição dos trabalhadores ao calor/frio ou variações de temperatura extremas e ao ruído nocivo ou incómodo, como nos é referido pela AESST (2005) e pela Comissão Europeia, DGEASI (2012), são fatores desencadeadores de stresse, o que consecutivamente também tem o seu contributo preponderante para o desenvolvimento das PME. Como resultado da exposição a estes fatores verificou-se uma associação ( $p=0,039$ ;  $p=0,007$ ) a episódios de dor aguda ou crónica com incidência durante o movimento, repouso ou associada a determinada postura. A exposição a calor/frio ou variações de temperatura extremas também foi verificada por Machado (2013) num estudo realizado a enfermeiros e auxiliares numa unidade de cuidados continuados.

Relativamente aos **constrangimentos físicos**, foram identificados pelos trabalhadores como mais prevalentes: **esforços físicos intensos** (90,8%); **permanecer muito tempo em pé com deslocamento** (88,3%); **posturas penosas** (81,7%), **subir e descer com muita frequência** (53,3%) e **permanecer muito tempo de pé na mesma posição** (45%). Estes resultados são semelhantes aos já identificados noutros estudos (Pinto, 2012; Machado, 2013 e Figueiredo, 2014) realizados a esta classe profissional onde, apesar de se terem aplicado diferentes instrumentos de colheita de dados se concluiu que a existência destes constrangimentos físicos é transversal nas estruturas de apoio à pessoa idosa. Através destes constrangimentos percebemos que durante a atividade de trabalho, os trabalhadores de cuidados pessoais estão expostos a situações onde têm de aplicar força muscular durante a movimentação de cargas pelo que, à imagem da tipologia das atividades de enfermagem realizadas (levantamento e transporte de cargas), estes trabalhadores também se encontram sujeitos a adoção de posturas que contribuem para o desenvolvimento de PME, conforme nos referem os autores Rosário e Serranheira (2006) e Pinto (2012).

Num relatório do EUROFOUND (2015, p. 1), sobre as condições de trabalho, é referido uma diminuição dos riscos relacionados com a postura, apesar de se verificarem ainda bastante significativos (43%). Esta mesma organização faz também referência ao aumento da exposição aos riscos associados à elevação ou movimentação de pessoas, verificado nos últimos cinco anos, encontrando-se o género feminino mais exposto a estes riscos. Ao relacionarmos a perceção do estado de saúde com a exposição aos constrangimentos físicos mais significativos, foram identificadas associações entre estar exposto a “*esforços físicos intensos*” ( $p=0,029$ ), “*permanecer muito tempo de pé na mesma posição*” ( $p=0,015$ ) e “*exposição a posturas penosas*” ( $p=0,002$ ), com défices de saúde relacionados com a mobilidade física sendo que, neste último constrangimento também se tenha verificado a associação a episódios de dor ( $p=0,037$ ) e de sensação de falta de energia ( $p=0,026$ ).

No que se refere aos **constrangimentos organizacionais** relacionados com o ritmo e tempo de trabalho verificou-se que a exposição dos trabalhadores a terem de “*depende dos pedidos diretos dos clientes*” (74,2%), está associado a défices de saúde ( $p=0,002$ ), com significância nos relacionados com a mobilidade física ( $p=0,007$ ), episódios de dor ( $p=0,000$ ) e sensação de falta de energia ( $p=0,041$ ), com repercussões na realização das atividades. Já na exposição a “*ritmos de trabalho intensos*” (69,2%), verificou-se associação significativa ( $p=0,045$ ) com os défices de saúde relacionados com o nervosismo, tensão, desânimo e perda de controlo. “*Ser frequentemente interrompido*” (46,7%;  $p=0,047$ ) e “*ter de ultrapassar o horário normal de trabalho*” (50,8%;  $p=0,031$ ), está associado a défices de saúde ao nível da mobilidade física (cf. tabela 5), enquanto que, “*ter de encurtar ou não realizar a pausa para a refeição devido ao trabalho*” (45,8%), acomete nos trabalhadores a sensação de fadiga ( $p=0,034$ ) e transtornos emocionais ( $p=0,027$ ) (cf. tabela 5). Os trabalhadores que referem “*ter de dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho*” (41,7%), manifestam episódios de dor ( $p=0,016$ ) e sensação de fadiga ( $p=0,035$ ).

Apesar de não se terem identificado associações significativas com a perceção do estado de saúde manifestada pelos trabalhadores, foi ainda verificada uma elevada percentagem de respostas noutros constrangimentos relacionados com o ritmo e tempo de trabalho designadamente: **depende das colegas para realizar o trabalho** (57,5%), **ter que manter disponibilidade permanente** (54,2%), **ter que gerir instruções contraditórias** (47,5%), **ser frequentemente interrompido** (46,7%) e **cumprir normas ou prazos rígidos** (44,2%).

Conclusões semelhantes às constatadas por nós, no que diz respeito a aos constrangimentos relacionados com o ritmo e tempo de trabalho, foram também identificadas por Barbosa et al. (2011), Pinto (2012) e Machado (2013), o que evidencia uma

percentagem significativa de trabalhadores que são confrontados com um nível muito elevado de exigências decorrentes da sua atividade laboral, situação esta também em consonância aos dados publicados pela Comissão Europeia, DGEASI (2012) acerca dos riscos de segurança e saúde no trabalho do setor da saúde. No entanto, o facto de terem de depender dos colegas para realizar o trabalho pode levar o trabalhador a executá-lo sozinho, o que poderá colocar em causa a sua segurança e saúde pois, de acordo com as conclusões de Pinto (2012), a maioria dos trabalhadores executa as tarefas de cada turno completamente sozinho a um ritmo de trabalho elevado não existindo interajuda entre colegas de trabalho. Como salientou Graça (1992) citada por Pinto (2012), as equipas falham por falta de capacidades de relações humanas, por falta de saber-ser e saber-estar em grupo, por falta de liderança eficaz e por falta de heterogeneidade das competências e papéis.

Pinto (2012) verificou que, apesar de todos os trabalhadores referirem realizar todas as tarefas de um turno de trabalho, a grande maioria refere a repetitividade de tarefas ao longo do turno e a necessidade de terem de inculir um elevado ritmo de trabalho para a sua concretização. Em consonância com os resultados deste mesmo autor, que identificou a presença de cansaço físico e psicológico no final de cada turno de trabalho apesar das pausas efetuadas, estão também os resultados por nós identificados (*“saltar ou encurtar uma refeição ou não realizar pausa”* “energia” -  $p=0,034$ ; *“reações emocionais”* -  $p=0,027$ ), o que nos indicia da necessidade de um elevado ritmo de trabalho para a concretização das tarefas.

No que se refere às consequências da sobrecarga de trabalho imposta aos cuidadores formais de idosos, Sequeira (2010) refere que, por norma, estes possuem níveis elevados de sobrecarga em todas as dimensões (social, psicológica, física, profissional), referindo também Brito (2002) que, as alterações psicossociais são das mais sentidas pelo cuidador formal de idosos. Marques e Pereira (2014), também corroboram estas afirmações ao verificarem nesta mesma população que o cansaço psicológico prevalece em detrimento do cansaço físico. Num estudo realizado por estes últimos autores foi identificado que os cuidadores formais que evidenciaram maior cansaço físico e psicológico e maiores níveis de ansiedade, tendem a revelar maiores dificuldades na prestação de cuidados aos idosos institucionalizados, o que poderá comprometer a sua qualidade.

Estes constrangimentos organizacionais verificados nas residências de apoio a pessoas idosas enquadram-se na publicação do EUROFOUND (2015, p. 6) onde refere que, uma percentagem significativa de trabalhadores é confrontada com um nível muito elevado de exigências decorrentes do trabalho por várias razões: trabalho mais concentrado devido a prazos apertados, o que obriga a que tenha de ser realizado a um ritmo acelerado;

interrupções frequentes ou simplesmente demasiado trabalho, não havendo tempo suficiente para execução das tarefas. Os trabalhadores podem ter de gerir ao mesmo tempo vários constrangimentos de ritmo e rapidez, decorrentes, nomeadamente, dos seus colegas, do supervisor, dos objetivos a cumprir, de exigências diretas ou da velocidade automática de uma máquina. O trabalho intensivo tem consequências negativas em termos de saúde física e mental e de absentismo.

Ainda no conjunto dos constrangimentos organizacionais, quando abordadas as questões relacionadas com a autonomia e iniciativa verificou-se que, a apesar da maioria dos trabalhadores terem referido não estar expostos a estes constrangimentos, tal como nos resultados apresentados por Machado (2013), foram identificados défices de saúde nos trabalhadores que referiram ter de “obedecer a um trabalho rígido” (PSN -  $p=0,013$ ; dor -  $p=0,007$ ; isolamento social -  $p=0,034$ ), “ter de realizar o trabalho definido sem a possibilidade de o alterar” (PSN -  $p=0,011$ ), “ter de respeitar de forma rígida os momentos de pausa” (isolamento social -  $p=0,041$ ) e “não participar nas decisões relativas ao trabalho” (sono -  $p=0,047$ ). Tendo em conta os resultados de Magnago, Lisboa, Griep, Kirchhof, e Guido (2010, p.144), os trabalhadores que se encontram sujeitos a alta exigência e baixa autonomia têm hipóteses duas vezes mais elevadas de desenvolver dor nos ombros, quando comparados aos trabalhadores que estão sujeitos a baixa exigência e alta autonomia. No entanto, a EUROFOUND (2015, p. 7) refere-nos que, só até certo ponto é que a autonomia ou liberdade de decisão são importantes para os trabalhadores. Estas permitem os trabalhadores adaptarem-se da melhor forma às exigências do seu trabalho, podendo também verificar-se um efeito positivo na criatividade e motivação, podendo compensar as elevadas exigências do trabalho.

Relativamente ao envolvimento dos trabalhadores nas “tomadas de decisão relativas ao trabalho” verificou-se que, um elevado número de trabalhadores (76,7%) refere participar, o que vai ao encontro dos resultados apresentados pelo EUROFOUND (2015, p. 8) no entanto, esta entidade refere também que no contexto de uma força de trabalho cada vez mais qualificada, o trabalho com significado assume uma nova importância, situação esta não verificada neste contexto de trabalho devido às baixas habilitações literárias da maioria destes trabalhadores, como também nos é evidenciado nos estudos de Barbosa et. al (2011) e Pinto (2012). A participação ativa dos trabalhadores enquanto conhecedores dos problemas e recursos necessários, é fundamental para conferir eficácia e eficiência a essa gestão, garantindo também a aceitação e a eficácia a longo prazo das medidas de prevenção implementadas (Portugal, MS, DGS, 2008; Comissão Europeia, DGEASI, 2012).

Sobre os constrangimentos relacionais, os trabalhadores referem a **frequente necessidade de ajuda dos colegas** (90,8%), o **pouco reconhecimento pelas chefias**

(47,5%) e **colegas** (41,7%), a **exposição ao risco de agressão verbal** (45,8%) e a **impossibilidade de se exprimirem à vontade** (40,8%). Estes resultados são similares aos de Figueiredo (2014).

Os trabalhadores expostos a situações de agressão verbal e os que referem a impossibilidade de se expressarem à vontade, apresentam elevados défices de saúde ( $p=0,005$ ;  $p=0,031$ ) com maior expressividade nas dificuldades de locomoção e/ou na mobilidade articular ( $p=0,000$ ;  $p=0,025$ ) e em estados de nervosismo, tensão, desânimo e sensação de perda do controlo, com eventuais repercussões no ciclo sono/vigília e na perda da vontade de viver ( $p=0,047$ ;  $p=0,003$ ). Os episódios de dor aguda ou crónica estão também associados ( $p=0,008$ ) aos trabalhadores que referem estar expostos ao risco de agressão verbal. Aqueles que referem serem pouco reconhecidos pelos colegas ( $p=0,019$ ) e pelas chefias ( $p=0,004$ ), apresentam défices de saúde que se traduzem por dificuldades na locomoção e/ou na mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades. Estes resultados evidenciam uma desunião das equipas de trabalho neste setor de atividade, contrariando assim os resultados comunicados pelo EUROFOUND (2015, p. 1), expressivos dum elevado nível de apoio sentido pelos trabalhadores europeus em relação aos colegas e chefias. Pinto (2012), num estudo realizado sobre as condições de trabalho dos ajudantes de ação direta em estabelecimentos de apoio social concluiu também que, a maioria dos trabalhadores executa as tarefas de cada turno completamente sozinho, a um ritmo de trabalho elevado, muitas vezes colocando de parte a sua segurança e saúde, não existindo interajuda entre colegas de trabalho, situação que pode convergir em graves problemas de segurança e saúde para os trabalhadores e utentes.

É fundamental a manutenção das relações sociais entre os trabalhadores, pois como refere a EUROFOUND (2015, p. 7), a sua manutenção pode contribuir para o aumento da eficiência, bem como para um melhor bem-estar e sentimento de pertença. Relações deficientes ou abusivas podem gerar ineficiência e dar origem a absentéismo e intenções de saída, bem como ter um impacto negativo sobre a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Faz ainda referência ao abuso verbal como forma de violência no local de trabalho, sendo um importante fator de risco para a depressão, ansiedade e suicídio.

Já nas relações com o público foram identificados como constrangimentos, o **contacto direto com o público** (92,5%), **suportar as exigências, queixas ou reclamações do público** (90%), **resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas** (52%), **confrontar-se com situações de tensão nas relações com o público** (77,5%) e **exposição ao risco de agressão verbal do público** (44,2%). Aqueles que referiram estar expostos a situações de tensão nas relações com o público ( $p=0,012$ ) e ao risco de agressão verbal por parte deste ( $p=0,020$ ), apresentam défices de saúde

relacionados com a mobilidade física (cf. tabela 5). Por sua vez, os que referiram ter de suportar as exigências, queixas ou reclamações do público ( $p=0,044$ ), apresentam dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo.

Os resultados por nós obtidos obtiveram similar expressividade com os dos estudos de Machado (2013) e Figueiredo (2014), o que demonstra que o sector da saúde e assistência social é propício ao desenvolvimento de stresse relacionado com o trabalho, violência ou ameaça de violência (AESST, OER, 2014), onde os fatores de stresse no dia-a-dia no local de trabalho têm quase sempre mais importância na génese deste do que os acontecimentos negativos raros e de grande dimensão (Comissão Europeia, DGEASI, 2012). Neste sentido, o stresse assume-se assim como um fator desencadeador de problemas físicos e mentais que pode ter como consequência final o esgotamento. Num estudo efetuado por Beringuilho (2013) a este grupo profissional, concluiu que os níveis de qualidade de vida são afetados por situações emocionais stressantes, frequentemente associadas a grande desgaste físico e mental, consequentes das próprias exigências do trabalho, o que se pode vir a refletir na forma como prestam os cuidados.

No que concerne aos constrangimentos inerentes às características do trabalho os trabalhadores referiram: **trabalho variado** (88,3%), **difícilmente realizado aos 60/65 anos** (80%), **imprevisível** (71,7%), **complexo** (50%), **sem perspetiva de evolução na carreira** (43,3%), que **não lhes permite ter um nível de vida satisfatório** (48,3%), pelo que **não gostariam que os seus filhos o viessem a realizar** (57,5%).

Os trabalhadores que referiram não querer que este tipo de trabalho pudesse vir a ser realizado pelos seus filhos, apresentam défices de saúde ( $p=0,000$ ) com principal significância nas dimensões “*mobilidade física*” ( $p=0,022$ ), “*dor*” ( $p=0,000$ ) e “*sono*” ( $p=0,040$ ). Os que referiram não conseguir efetuar este trabalho a partir dos 60/65 anos, apresentam défices na saúde evidenciados pela “*escala do PSN*” ( $p=0,025$ ), com principal incidência ao nível da “*dor*” ( $p=0,018$ ) e “*reações emocionais*” (0,047). Estes dois factos, são demonstrativos da perceção que estes trabalhadores têm acerca das graves repercussões deste tipo de trabalho na sua saúde. Aqueles que classificaram o trabalho que realizam como complexo, para além dos défices relacionados com a “*mobilidade física*” ( $p=0,001$ ), manifestam episódios de dor aguda ou crónica ( $p=0,024$ ). As dificuldades na locomoção e/ou mobilidade articular com eventual comprometimento na realização das atividades, também foi verificada nos trabalhadores que classificam o trabalho como imprevisível ( $p=0,033$ ).

No que concerne às condições de vida fora do trabalho, cerca de metade dos trabalhadores (44,2%) referiu conseguir **conciliar a vida de trabalho com a vida fora de trabalho**. Resultados iguais também foram verificados por Machado (2013) e Rodrigues (2014). Na análise aos nossos resultados verificamos no entanto que os trabalhadores que referiram apenas conseguir essa conciliação às vezes, evidenciaram maiores défices de saúde ( $p=0,026$ ), tendo-se também constatado uma associação significativa ( $p=0,005$ ) entre os que referiram essa conciliação frequentemente com défices de saúde relacionados com a sensação abrangente de falta de energia, com repercussões nas atividades. A difícil conciliação da vida profissional com a vida pessoal, como nos refere a AESST (2007b), afeta negativamente o bem-estar do trabalhador. O equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal pode continuar a ser um problema com efeitos particularmente grandes no número elevado de trabalhadores do género feminino no sector da saúde (AESST, OER, 2014).

Já no que se refere à formação especializada Barbosa et al. (2011) refere que, apesar de não a terem, estes cuidadores formais sentem possuir algumas competências na prestação de cuidados a utentes com demência, sobretudo resultantes da sua experiência ao longo do tempo e da interação com os colegas e que se centram tanto nos cuidados de natureza instrumental como nos de cariz mais emocional. Nos poucos estudos desenvolvidos nestes cuidadores formais tem-se verificado, que estes não possuem o nível de formação adequada para o serviço que desempenham. Ferreira (2012), refere que a formação prévia que a maioria dos cuidadores formais possui não é específica na área, sendo esta obtida posteriormente em regime de formação contínua nas instituições onde prestam serviço. Já no que concerne à opinião dos trabalhadores em relação à formação disponibilizada pela instituição, Ferreira (2012) e Rodrigues (2014) referem-nos que, estes prestadores de cuidados têm a perceção que a formação disponibilizada pela instituição onde trabalham é adequada às suas necessidades considerando-a suficiente para o desempenho eficiente das suas funções.

Embora os nossos resultados não sejam expressivos em relação à qualidade da formação e ao seu conteúdo, a maioria (62,5%) referiu **ter tido formação nos últimos 12 meses**. Rodrigues (2014), também identificou nos trabalhadores de cuidados a necessidade de formação contínua de forma a colmatar a carência de uma preparação inicial adequada, apesar de ter verificado que o tempo surge invariavelmente como o principal obstáculo à participação dos cuidadores formais em intervenções integradas. Verificamos que a formação nos últimos doze meses está associada ( $p=0,031$ ) a défices de saúde manifestados por dificuldades na interação social, com eventual presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo, facto este, que poderá estar relacionado com dificuldades no relacionamento entre os elementos da equipa. Apesar da identificação deste

constrangimento, possivelmente relacionado com eventuais conflitos interpessoais nestas equipas de trabalho, realça-se a importância da formação na qualidade de vida destes trabalhadores (Beringuinho, 2013). O facto de ser um trabalho por turno e em jornada contínua é um fator bastante limitativo para a organização de formação de todos os trabalhadores de determinada instituição.

- **Contexto clínico**

Em relação às repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar dos trabalhadores de cuidados pessoais foi possível verificar que, estes profissionais têm a percepção que **a sua saúde já foi (ou é) afetada pelo trabalho que desempenham** (68,3%), sendo que 55% refere que a **afeta de forma negativa** e 13,3% de **forma positiva**, dados estes similares aos apresentados por Figueiredo (2014), o que nos levam a aferir que estes trabalhadores têm a percepção de que a sua saúde é influenciada pelas condições e características inerentes a este tipo de trabalho.

Relativamente aos acidentes de trabalho, 25,8% destes trabalhadores **referiram já terem tido um**, resultado este, similar ao de Machado (2013), onde concluiu que 28,4% dos profissionais referiram ter tido pelo menos um episódio de acidente de trabalho sem que fosse reconhecida qualquer incapacidade para o trabalho. O mesmo autor supracitado, identificou a ocorrência de **doenças profissionais** a 14,3% dos indivíduos, sem qualquer incapacidade reconhecida. Na nossa amostra, 5,8% referiram ter tido uma **doença profissional**, 25,8% referiu ter tido a necessidade de **faltar ao trabalho mais de três dias seguidos nos últimos 12 meses** e 26,7% referiu ter tido necessidade de **trabalhar nos últimos 12 meses apesar de doente**. Os trabalhadores que referiram ter de trabalhar mesmo estando doente nos últimos 12 meses ( $p=0,001$ ) e os que sentiram a necessidade de faltar mais de três dias consecutivos ao trabalho durante o último ano de trabalho ( $p=0,022$ ), apresentam maiores défices de saúde. Verificou-se também, que tendencialmente os trabalhadores que referiram já terem tido doenças profissionais, apresentam défices de saúde associados às dimensões mobilidade física, dor e energia (cf. tabela 5). Através destes resultados constatamos que, o **absentismo laboral** nestes trabalhadores é elevado (25,8%) no entanto, através da relação estabelecida com a percepção do estado de saúde avaliado pela “*escala do PSN*” verificamos que, a necessidade de faltar ao trabalho pode estar relacionada com o agravamento de estado de saúde dos trabalhadores.

No que concerne aos problemas de saúde identificados pelos participantes, as **dores de costas** apresentam maior expressividade (90,8%) com uma relação de causalidade ou

agravamento com o trabalho de 96,4%. As **dores musculares e articulares** são referidas por 82,5% da amostra, apresentando também uma relação de causalidade ou agravamento com o trabalho elevada (93,9%). As **varizes** são referidas por 64,2%, com uma relação de causalidade ou agravamento com o trabalho de 83,1%. Com menor expressividade evidenciam-se as **dores de cabeça** (49,2%) e a **ansiedade ou irritabilidade** (47,5%), com uma relação de causalidade ou agravamento com o trabalho de 56% e 89,5% respetivamente. Destes resultados, os que referiram ter varizes, apresentam défices apenas ao nível da mobilidade física enquanto os restantes apresentam défices de saúde praticamente em todas as dimensões do PSN.

Estes dados vão ao encontro aos apresentados pela AESST, OER (2010), num estudo realizado aos trabalhadores da EU-27 onde, 35,4% dos inquiridos consideram que o trabalho afeta a sua saúde, sendo as dores nas costas o problema de saúde mais prevalente (24,7%). As dores de costas também foram a principal queixa referida pelos trabalhadores de cuidados pessoais nos estudos de Machado (2013) (64%) e de Figueiredo (2014) (87%). Realça-se a atribuição pelos participantes de uma relação de causalidade superior a 80% entre o trabalho e os três problemas de saúde referidos, o que é indicativo do esforço físico e psíquico exigido pela atividade laboral realizada.

Os **problemas de saúde crónicos**, são referidos por 20,8% da amostra, enquanto 33,3% refere **consumir frequentemente medicamentos**. Nestes últimos, verificou-se a presença de défices de saúde com principal incidência na dor aguda ou crónica, pelo que o consumo de medicamentos possa estar associado a analgésicos. A verificada presença de doenças crónicas constitui-se também como um fator que aumenta a suscetibilidade à ocorrência de PME (Serranheira et al., 2005).

No que se refere à classificação da saúde, 60% dos indivíduos classificou-a como **razoável** e 34,2% como **boa**. Na amostra total, 55% dos indivíduos referiram que **o trabalho afeta a saúde sobretudo de forma negativa**, 13,3%, referiram que este **afeta sobretudo de forma positiva**, enquanto 31,7% referiram que o trabalho **não afeta de todo a sua saúde**. Os trabalhadores que referiram que o trabalho não afeta a sua saúde apresentam menos défices de saúde do que aqueles que referiram que a afeta, seja de forma negativa ou positiva.

- **Contexto comportamental**

Verificamos que as estratégias utilizadas por estes trabalhadores para prevenirem ou minimizarem as repercussões das condições e características de trabalho na sua saúde não têm esse efeito esperado, pois os défices de saúde foram bastante expressivos. Em

comparação com os resultados apresentados por Machado (2013) verificamos que, a **partilha de sentimentos** para promover o bem-estar psicológico (81,7%) é a estratégia mais utilizada por estes trabalhadores. Os trabalhadores que referiram recorrer às estratégias **desabafo com alguém** e **comunico à entidade patronal toda e qualquer situação de trabalho que represente perigo para a SST** (68,3%), apresentam dificuldades na interação social, manifestada pela presença do sentimento de solidão ou de não pertença ao grupo (*“isolamento social”*  $p=0,020$ ;  $p=0,030$ ), o que pode revelar que esta preocupação de transmitir à entidade ou responsáveis possa apenas ter subjacente a necessidade da partilha de sentimentos e não o dever da abordagem participativa do trabalhador no processo de prevenção das PME. Contrariamente, a estratégia **automedicação** apresentou maior expressividade nos resultados da referida autora do que nos nossos (27,9%), no entanto, tendo em conta que a sua amostra também era constituída por enfermeiros, o conhecimento destes relativamente a farmacologia, a acessibilidade e disponibilidade dos medicamentos, pode ter contribuído significativamente para este resultado. Os trabalhadores que recorrem à automedicação, são os que apresentam défices de saúde relacionados com a presença de dor aguda ou crónica. A **procura de um profissional de saúde** é a estratégia utilizada por 70,8% dos trabalhadores. A **prática de exercício físico** é referida por (47,5%) da amostra.

- **Análise em relação ao género**

Na análise em relação ao género, verificou-se que a média de idades para o género masculino ( $\bar{x}=30,20$ ;  $CV > 15\%$ ;  $p=0,010$ ) é inferior à do género feminino ( $\bar{x}=43,77$ ), obtendo também maior representatividade os trabalhadores do género masculino ( $p < 0,05$ ) no grupo etário dos 19-28 anos face aos do género feminino. Os indivíduos do género masculino apresentam um grau de escolaridade superior (ensino secundário - 100%;  $p < 0,05$ ) aos do género feminino (3º ciclo - 47,8%). Embora o contrato de trabalho formal e sem termo seja o referido pela maioria da amostra, os indivíduos do género masculino apresentam uma maior representatividade no contrato de trabalho formal a termo (60%,  $p < 0,05$ ). O tempo médio de serviço é inferior no género masculino ( $\bar{x}=5,58$ ; feminino  $\bar{x}=11,85$ ).

A exposição aos produtos químicos apresenta maior significância para os trabalhadores do género masculino. Verificam-se também diferenças estatísticas significativas entre os géneros relativamente ao tipo de horário de trabalho que obriga ao levante antes das cinco da manhã, à adaptação permanente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho e a ter de manter o olhar fixo sobre o trabalho sem o poder desviar, apresentando maior significância para o género masculino.

Estar exposto ao risco de agressão verbal, é uma condição com menor grau de tolerância por parte dos indivíduos do género masculino, tendo-a classificado com o grau de incómodo “*bastante*”. A obtenção do sentimento de prazer e realização, resultante do sentimento de se fazer um trabalho bem feito assume maior significância no grau de concordância para o género masculino. Já a obtenção desse mesmo sentimento de prazer e realização resultante da satisfação com o trabalho realizado assume distintas significâncias entre os géneros quanto ao grau de concordância (concordo totalmente para o género masculino e concordo para o género feminino). São também os homens que apresentam maior expressividade quanto ao grau de concordância em haver preocupação no local de trabalho em minimizar os riscos profissionais (80% “*bastante*”) relativamente às mulheres (25,2%).

Os problemas de saúde dores nas costas (90,8%) e dores musculares e articulares (82,5%), apresentam maior significância no género feminino ( $p < 0,05$ ). Quanto à classificação do estado de saúde, são os trabalhadores do género masculino que apresentam maior significância relativamente ao grau “*boa*” (100%;  $p < 0,05$ ). Os indivíduos do género masculino referem que não há qualquer relação de causalidade do trabalho na sua saúde ( $p < 0,05$ ). Na perceção do estado de saúde, são os trabalhadores do género feminino que referem maiores défices de saúde ( $p=0,046$ ) sendo a dor o sintoma com maior expressividade ( $p=0,033$ ) face ao género masculino. São ainda as mulheres que tendencialmente manifestam défices de saúde relacionados com as restantes dimensões do PSN, relativamente aos homens.

## **7. CONCLUSÃO**

Verificamos que na atualidade, as PME constituem a doença profissional mais frequente relacionada com o trabalho, apesar de ser um tema bastante explorado ao mais alto nível das instituições europeias e mundiais, mas determinadamente complexo, devido à existência de várias variáveis influenciadoras.

Com o presente trabalho pretendeu-se assim contribuir para o estudo das determinantes das PME num grupo profissional ainda por vezes insuficientemente reconhecido mas imprescindível face ao trabalho que executam em diversos estabelecimentos de apoio social. Chegados agora a esta última etapa, vamos procurar refletir sobre a forma como organizamos o nosso trabalho e as limitações do nosso estudo, com objetivo último de contextualizarmos as principais conclusões deste. Assim terminaremos este capítulo com as implicações práticas, onde sugerimos algumas medidas que pensamos oportunas e ajustadas ao perfil da investigação.

### **ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

Na parte introdutória deste trabalho, abordou-se o conceito das PME, sintomas, estádios, legislação e custos associados. Posteriormente, contextualizamos a profissão dos trabalhadores de cuidados pessoais, a ergonomia e os fatores de risco das PME nos trabalhadores da saúde, com referência à sua avaliação e prevenção. Terminando com a importância do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na prevenção das PME e o estado da arte. No segundo capítulo, descrevemos a metodologia adotada para dar resposta aos nossos objetivos, fizemos a caracterização do tipo de estudo, dos participantes e do instrumento de colheita de dados, com referência aos procedimentos para a sua aplicação. No terceiro capítulo apresentamos os resultados obtidos nesta investigação relativos à caracterização sociodemográfica, comportamental, clínica e laboral. Seguidamente foram indicadas as relações entre as variáveis em estudo anteriormente descritas com a perceção do estado de saúde. No quarto capítulo realizamos a discussão dos resultados, com vista a

dar resposta ao objetivo da presente investigação. Assim, chegamos às conclusões que nos permitem responder à nossa questão de investigação.

De acordo com os resultados obtidos, podemos estabelecer o perfil do trabalhador de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso. Este caracteriza-se por ser um indivíduo do **género feminino** (95,8%) de **meia-idade** ( $\bar{x}=43,21$  anos), **casado** (68,3%) com o **9º ano de escolaridade** (45,8%). O ingresso no mercado de trabalho foi na profissão atual, em regime de **contrato formal** (99,2%), **sem termo** (87,5%). Apresenta um **tempo de serviço** de 11 anos ( $\bar{x}=11,58$ ). Apesar de classificar a sua saúde como **razoável** (60%), com o **avançar da idade apresenta maiores défices de saúde** ( $p=0,001$ ), com maior expressividade ao nível da **mobilidade física** ( $p=0,001$ ), **dor** ( $p=0,002$ ), **perturbações do ciclo sono/vigília** ( $p=0,034$ ) e **sensação de falta de energia** ( $p=0,040$ ), considerando que o **trabalho afeta de forma negativa a sua saúde** (55%).

Na análise aos resultados obtidos, é possível perceber que as condições e características do trabalho atual que podem desencadear as PME nos trabalhadores de cuidados pessoais nas ERPI, estão relacionadas com fatores de naturezas distintas, nomeadamente: **caraterísticas do ambiente físico**, bem como os **constrangimentos de natureza biomecânica, organizacional e psicossocial e individual** (cf. anexo VIII). Estas condições e características de trabalho têm repercussões na saúde destes trabalhadores, tanto a nível da **“mobilidade física”** como **“dor”, “energia”, “reações emocionais”, “sono” e “isolamento social”** (cf. anexo IX), apresentando-se a dor com maior significância para o **género feminino** ( $p=0,033$ ).

Os problemas de saúde identificados, resultantes das condições e características do trabalho foram: **dores de costas** (90,8%), **dores musculares e articulares** (82,5%), **varizes** (64,2%), **dores de cabeça** (49,2%) e **ansiedade ou irritabilidade** (47,5%).

Ser do **género feminino**, ter idade entre os **49-58** anos, ser **viúvo** ou **divorciado**, ter **doenças crónicas**, **tomar medicação** e efetuar **horário diurno**, revelaram-se como determinantes percursores das PME assim como, a nível laboral, as características e os constrangimentos organizacionais e relacionais relacionados com o **esforço físico**, a **intensidade e tempo de trabalho**, as **exigências emocionais**, a **insuficiência de autonomia** e a **má qualidade das relações sociais**.

Quanto às estratégias que os trabalhadores mencionaram utilizar para minimizar ou prevenir as repercussões que as condições e características do trabalho têm na sua saúde evidenciaram-se: **desabafar com alguém** (81,7%), **a procura de um profissional de saúde** (70,8%), **comunicar à entidade patronal ou aos responsáveis**, toda e qualquer

**situação de trabalho que represente perigo para a SST (68,3%) e a prática de exercício físico (47,5%).** No entanto estas estratégias mostram-se ineficazes.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Apesar da boa aceitação por parte da direção técnica de cada instituição, principalmente pela pertinência do tema, o inquérito implementado evidenciou algumas fragilidades que se repercutiram na reduzida amostra conseguida. Não houve uma boa aceitação por parte da população-alvo no preenchimento do questionário, prendendo-se um dos motivos com o facto de ser um questionário muito extenso e que exigia algum tempo após o término do serviço para o seu correto preenchimento pelo que, muitos dos trabalhadores demonstraram logo de imediato indisponibilidade em participar. Outro constrangimento que impediu a obtenção de mais participantes no estudo, deveu-se à questão “*data de nascimento*”, pois muitos dos trabalhadores referiram que poderiam ser identificados através da resposta.

Por estes motivos, no que concerne à amostra do presente estudo, assume-se a reduzida dimensão percecionada aquando do tratamento e análise de dados, principalmente no reduzido número de trabalhadores do género masculino, embora assim representativo da realidade nesta atividade. A taxa de resposta ao questionário foi de 40,3%. Apesar do esforço em reunir o maior número de elementos, a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar amostra, o que implica desde logo limitações na possibilidade de se fazerem generalizações, caso os resultados não sejam estatisticamente significativos. De salientar que, embora consideremos a nossa amostra reduzida (120), é a mais representativa face aos escassos estudos consultados.

Face ao exposto, sugerimos que se reconsidere no questionário a reconfiguração da questão referente à idade, em grupos etários. Sugere-se também que a aplicação do questionário seja efetuada num dos momentos programados pela instituição para formação ou reunião de serviço, de forma a disponibilizar o tempo suficiente para o preenchimento do questionário. Sugere-se ainda a realização de mais estudos neste grupo profissional, com a aplicação do questionário INSAT.

## **IMPLICAÇÕES PRÁTICAS**

Atendendo aos resultados obtidos e uma vez que a finalidade desta investigação era efetuar um diagnóstico de necessidades direcionado à prevenção da doença e promoção da saúde nestes locais de trabalho ficou evidente que, se constitui como fundamental colocar em prática um conjunto de medidas que visem a melhoria da organização das tarefas realizadas por estes trabalhadores de cuidados pessoais assim como, a melhoria/aquisição de conhecimentos e competências destes profissionais, de forma a minimizar as exigências físicas e psicológicas que estas atividades requerem.

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Reabilitação enquanto profissional com competências nos domínios da melhoria da qualidade da gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume-se como elemento fundamental neste processo. A atuação deste profissional de saúde deverá ter como base principal a implementação de programas multifatoriais de cariz sistémico na prevenção da ocorrência das PME. Com base nos resultados obtidos no nosso estudo entendemos, que estes programas devem contemplar a formação profissional, a promoção da saúde e a gestão do stress e dos riscos psicossociais, pois como nos refere Neves e Serranheira (2014, p. 103) fazendo referencia aos estudos de Nelson et al. (2006), Hignett (2007) e Black et al. (2011), existe substantiva evidência científica de que os programas multifatoriais de cariz sistémico previnem a ocorrência de PME, permitindo recuperar o capital investido a curto prazo.

- **Formação**

Como nos refere Barbosa et al. (2011), o processo de cuidar é, acima de tudo complexo, o que exige apoio e intervenção em vários domínios pelo que, altera fortemente a vida dos cuidadores. Esta mesma autora verificou que os trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso, apresentam diversas dificuldades na prestação dos cuidados, não só ao nível dos cuidados de higiene e conforto, alimentação, comunicação, alterações emocionais, mas também na aquisição de conhecimentos relacionados com as múltiplas patologias apresentadas pelos idosos. As atividades desenvolvidas pelos cuidadores formais, requerem conhecimento, aptidão física e competências comunicacionais, pois a prestação de cuidados ao idoso institucionalizado exige tempo e dedicação, requerendo, por parte do cuidador, formação para poderem prestar cuidados de qualidade e minimizar a sobrecarga física, psicológica e profissional daí decorrente.

Verifica-se ainda que o acesso a esta profissão é ainda demasiadamente facilitado, permitindo que mão-de-obra barata e pouco qualificada faça parte da base de recrutamento, não sendo requeridos muitas das vezes a formação prévia, o pré-conhecimento das tarefas a desenvolver e aptidão profissional para lidar com indivíduos muitas vezes doentes com doenças terminais, (Pinto, 2012).

Neste sentido, é necessário fazer a avaliação diagnóstica formativa, de forma a ser estruturado um plano de formação adaptado às necessidades dos trabalhadores e da instituição, que lhes permita a aquisição de competências e conhecimentos especializados que reforcem a produtividade, a qualidade e a autonomia.

- **Promoção da saúde**

De acordo com a OIT (2010, p. 14), os programas de promoção da saúde no trabalho de muitos países desenvolvidos, que se destinam muitas vezes a instaurar comportamentos saudáveis, tornaram-se uma estratégia reconhecida no processo de ajuda aos trabalhadores na gestão das suas doenças crónicas e a adoção uma atitude proactiva relativamente à sua saúde. Com o espetável envelhecimento desta força de trabalho e consequente exposição a determinados riscos (ex. doenças infetocontagiosas, PME) e elevada incidência de doenças com um longo período de latência (OIT, 2010, p. 8), assume-se como fundamental o desenvolvimento de um programa de promoção da saúde que vise a adoção de políticas e práticas rigorosas em questões de segurança e saúde no trabalho, que preveja um investimento na segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores ao longo da sua vida ativa de modo a mantê-los mais tempo no emprego e a garantir o seu bem-estar. Tendo por base os resultados do nosso estudo, este programa deverá ter como focos principais a ergonomia, os problemas de saúde dos trabalhadores e ginástica laboral.

Os aspetos ergonómicos deverão ser analisados e trabalhados dando especial importância à base teórica da corrente europeia da ergonomia, pois permite conhecer as reais condições de trabalho de cada instituição. Tendo como base os resultados obtidos nesta análise, a formação aos trabalhadores deverá ter como primazia o contexto laboral, pois como nos salienta Neves e Serranheira (2014, p. 95), a formação em contexto laboratorial sobre mecânica corporal e técnicas de mobilização de doentes, não tem conseguido alcançar resultados sustentáveis na evidência científica relativamente à diminuição das PME.

Tendo em conta que os fatores individuais e pessoais podem contribuir para o desenvolvimento das PME (AESST, 2007a, p.1), as ações de promoção da saúde neste grupo profissional ao permitirem capacitar os indivíduos a melhorar e a aumentar o controlo

sobre a sua saúde e seus determinantes, sobretudo comportamentais, psicossociais e ambientais, podem assumir um papel importante na sua prevenção. Como salienta a OIT (2010, p. 14), a ajuda prestada aos trabalhadores, através dos programas de promoção da saúde nos locais de trabalho, de forma a gerirem as suas doenças crónicas e a adotarem uma atitude proactiva relativamente à sua saúde, tornou-se uma estratégia reconhecida de muitos países desenvolvidos, com resultados positivos na produtividade. Esta entidade salienta ainda a importância da implementação destes programas à medida que a população ativa vai envelhecendo, situação esta verificada neste grupo profissional tanto no nosso estudo como em diversos estudos realizados em Portugal (Barbosa et al., 2011, Beringuilho, 2013, Rodrigues, 2014, Marques & Pereira, 2014, entre outros).

De acordo com os nossos resultados e os também obtidos por Figueiredo (2014), as dores de costas e as dores musculares e articulares, são as queixas mais prevalentes nestes trabalhadores. Um programa de ginástica laboral com principal incidência na educação postural e em exercícios de estabilidade dinâmica para prevenção ou auxílio no plano de reabilitação da dor lombar, podem ter um efeito preventivo/curativo neste tipo de dor, para além da consciencialização da importância da prática de atividade física e do fortalecimento dos laços entre os membros da equipa (França et. al, 2008, Eusébio, 2009, Begonha, 2009, Rodrigues, 2013).

- ***Programa de gestão do stresse e dos riscos psicossociais***

Tendo em consideração os resultados alcançados no nosso estudo, que colocam em evidência um elevado número de situações que colocam estes trabalhadores expostos a alterações psicossociais (cf. anexo VIII), resultados estes similares aos apresentados por Machado (2013), Figueiredo (2014) e Marques e Pereira (2014), achamos essencial a aplicação de um programa de gestão do stresse e dos riscos psicossociais pois, tal como nos salienta a AESST (2013, p. 5), um bom ambiente psicossocial no local de trabalho contribui para a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida e conferindo-lhes um sentido mais alargado de inclusão social, identidade e estatuto, oportunidades de desenvolvimento e maior confiança.

Face aos resultados obtidos, que evidenciam a elevada repercussão das condições e características nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso, urge continuar a investigação através de desenhos metodológicos adequados para promover uma prática baseada em evidência e encontrar as estratégias mais adequadas que promovam a prevenção do desenvolvimento das PME. Pretende-se que o presente trabalho, para além de incentivar a realização de novos estudos, seja uma base científica

que apoie as instituições no desenvolvimento de práticas para otimizar os processos educativos que promovam a prevenção do desenvolvimento das PME.



### Referências Bibliográficas

- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2002). *Em linha: Boas Práticas em Matéria de Segurança e Saúde para o Sector da Saúde*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/29>
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2003). *Integrar a dimensão do género na avaliação dos riscos*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/43>
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2005). *Previsões de peritos sobre os riscos físicos emergentes associados à segurança e saúde no trabalho*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/60>
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2007a). *Introdução às lesões musculoesqueléticas*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/71>
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2007b). *Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho (SST)*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/74>
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2008a). *Avaliação de riscos: a chave para locais de trabalho seguros e saudáveis*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/81>
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2008b). *Lesões musculoesqueléticas de origem profissional: Relatório sobre prevenção*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/78>

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, Observatório Europeu dos Riscos. (2009). *Novos riscos emergentes para a segurança e saúde no trabalho: Perspectivas*. Acedido em [http://apesperh.pt/admin/documents/userid7\\_23\\_02\\_2010\\_Novos%20riscos%20emergentes%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20e%20Sa%C3%BAde%20no%20Trabalho.pdf](http://apesperh.pt/admin/documents/userid7_23_02_2010_Novos%20riscos%20emergentes%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20e%20Sa%C3%BAde%20no%20Trabalho.pdf)

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, Observatório Europeu dos Riscos. (2010). *Work-related musculoskeletal disorders in the EU – Facts and figures*. Acedido em <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TERO09009ENC>

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2013). Guia de campanha: *Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho*. doi:10.2802/19648

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, Observatório Europeu dos Riscos. (2014). *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*. doi:10.2802/33318

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. (2014). *Riscos psicossociais na europa: Prevalência e estratégias de prevenção*. doi: 10.2802/31347

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2014). *Causas e percepção do stresse relacionado com o trabalho*. Acedido em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/infographics/causes-perception-work-related-stress>

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2015). *Segundo inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes — ESENER-2*. doi:10.2802/891278

Associação Internacional de Ergonomia. (2016). *Definição e Domínios de Ergonomia*. Acedido em <http://www.iea.cc/whats/index.html>

Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2009). *Ano mundial contra dor musculoesquelética: Outubro 2009 – Outubro 2010: Dor musculoesquelética*. Acedido

- em <http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorMusculoEsqueletica/pt/MusculoskeletalPain.pdf>
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v12n1/v12n1a08.pdf>
- Barros-Duarte, C., Cunha, L. (2010). INSAT2010 – Inquérito saúde e trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*, 6, (2), 19-26. Acedido em [http://laboreal.up.pt/files/articles/2010\\_12/pt/19-26f.pdf](http://laboreal.up.pt/files/articles/2010_12/pt/19-26f.pdf)
- Begonha, J.B.G.M. (2009). *Tratamento da dor lombar através do programa de reabilitação MedX®* (dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19213/2/9442.pdf>
- Beringuilho, F.A.R. (2013). *Quem cuida dos idosos: Formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas* (dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco). Acedido em <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2098/1/Quem%20cuida%20dos%20idosos..pdf>
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 9789728717193
- Carrilho, P.M. (2012). *“Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos”* (dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7988/1/Patr%C3%ADcia%20Mendes%20Carrilho.pdf>
- Castanheira, C.M.G.N.R. (2013). *Auxiliar de ação direta: Um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional* (dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10398/1/ulfpie046340\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10398/1/ulfpie046340_tm.pdf)

Comissão Europeia, Direção-Geral do Emprego dos Assuntos Sociais e da Inclusão. (2012).

*Riscos de segurança e saúde no trabalho no setor da saúde: Guia de prevenção e boas práticas.* doi:10.2767/78438

Comissão Europeia. (2013). *Emprego: Observatório Europeu das Ofertas de Emprego*

*sublinha o aumento das oportunidades de emprego no setor da saúde.* Acedido em file:///C:/Users/HP/Downloads/IP-13-821\_PT%20(1).pdf

Cordeiro, A.R.G. (2015). *Lesões Musculoesqueléticas ligadas ao Trabalho em Enfermeiros*

(dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3136/1/AnaRitaGoisCordeiro%20DM.pdf>

Costa, F.J.S. (2015). *Saúde no Trabalho: A Realidade de Quem Socorre* (dissertação de

Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1345/1/Filipa\\_Costa.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/123456789/1345/1/Filipa_Costa.pdf)

Cunha-Miranda, L., Carnide, F., & Lopes, M.F. (2010). Prevalence of Rheumatic

Occupational Diseases: Proud Study. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 35, 215-226.

Acedido em file:///C:/Users/HP/Downloads/559\_prevalence\_of\_rheumatic\_occupational\_diseases\_proud\_study\_215\_226\_file.pdf

Decreto-Lei nº 414/99. (1999, Outubro 15). Aprova a criação da carreira do ajudante de

acção directa [Portugal]. *Diário da República*, 1(241), pp. 6967-6971. Acedido em <https://dre.pt/application/file/667238>

Decreto-Regulamentar nº 76/2007. (2007, Julho 17). Procede à alteração dos capítulos 3.º e

4.º da lista das doenças profissionais publicada em anexo ao Decreto Regulamentar nº 6/2001, de 5 de Maio [Portugal]. *Diário da República*, 1(136), pp. 4499-4543.

Acedido em <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2007/07/13600/0449904543.pdf>

Eusébio, P. (2009). Programas de educação postural nas empresas. *Tecnometal*, 185

Novembro/Dezembro, 28-32. Acedido em [http://www.factor-segur.pt/artigosA/artigos/ed\\_postural.pdf](http://www.factor-segur.pt/artigosA/artigos/ed_postural.pdf)

- Ferreira, M.E. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7936/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%20Ser%20cuidador.pdf>
- Figueiredo, V.M.M. (2014). *Análise da atividade dos ajudantes de lar e das suas condições de trabalho numa perspectiva de género* (dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76769/2/102676.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- França, F.J.R., Burke, T.N., Claret, D.C., Marques, A.P. (2008). Estabilização segmentar da coluna lombar nas lombalgias: uma revisão bibliográfica e um programa de exercícios. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, 15(2), (abril/junho) 200-206. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/fp/v15n2/15.pdf>
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. (2015). *Sexto inquérito europeu sobre as condições de trabalho: Primeiras conclusões*. doi:10.2806/070
- Lima, P. (2006). Sebenta de Apoio à Disciplina de Segurança e Saúde. Acedido em <https://pt.scribd.com/doc/18102658/27/CORRENTES-DA-ERGONOMIA>
- Logen, W.C. (2003). *Ginástica laboral na prevenção de LER/DORT: um estudo reflexivo em uma linha de produção*. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. Acedido em <http://www.personalrobson.com.br/uploads/preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20ler%20e%20dort%20com%20laboral.pdf>.
- Machado, A.R.C. (2013). *As Perturbações Musculoesqueléticas no Trabalho em Saúde: O Caso de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e*

*Reabilitação* (dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).

Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/123456789/1210>

Magnago, T.S.B.S., Lisboa, M.T.L., Griep, R.H., Kirchhof, A.L.C. & Guido, L.A. (2010).

Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(3), 140-147. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_19.pdf)

Marques, E.M.B.G., Pereira, S.A.S. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos

institucionalizados. *Revista de Psicologia*, 1(2), 133-140. Acedido em [http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877\\_2014\\_2\\_1\\_133.pdf](http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf)

Marôco, J. (2010). Análise estatística com utilização do SPSS, 3.<sup>a</sup> Edição. Pero Pinheiro:

Report Number.

Neves, M., Serranheira, F. (2014). A formação de profissionais de saúde para a prevenção

de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho a nível da coluna lombar: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 32(1), 89-105. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000042>

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. acedido em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Organização Internacional do Trabalho. (2010). *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança*. Acedido em

[http://www.ilo.org/public/portuguese/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril\\_10\\_pt.pdf](http://www.ilo.org/public/portuguese/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf)

- Organização Internacional do Trabalho. (2013). *A prevenção das doenças profissionais: Dia mundial da segurança e saúde no trabalho 28 abril 2013*. Acedido em [http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013\\_relatorio.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013_relatorio.pdf)
- Pereira, R.J.G. (2014). *A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais* (dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17177/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ricardo%20Pereira.pdf>
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*, 3.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*, 5.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Pinto, M.S.S.S. (2012). *Estudo das condições de trabalho nos ajudantes de ação direta em estabelecimentos de apoio social* (dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto). Acedido em [https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=332831](https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=332831)
- Portugal, Autoridade para as Condições do Trabalho. (2014). *Atividade de inspeção do trabalho: Relatório 2013*. Lisboa: Autor. Acedido em [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/DocumentosOrientadores/RelatorioActividades/Documents/Relatorio%20Area%20Inspetiva%202013.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/DocumentosOrientadores/RelatorioActividades/Documents/Relatorio%20Area%20Inspetiva%202013.pdf)
- Portugal, Autoridade para as condições do trabalho. (2015). *Atividade de promoção de segurança e saúde no trabalho: Relatório 2014*. Lisboa: Autor. Acedido em [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Relat%C3%B3rio\\_de%20atividades%20PSST\\_2014.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/crc/PublicacoesElectronicas/Documents/Relat%C3%B3rio_de%20atividades%20PSST_2014.pdf)
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa: Autor. Acedido em <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>

- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2014). Dia mundial da população: 11 julho de 2014. Acedido em [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=218948085&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&att_download=y)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2008). Programa nacional contra as doenças reumáticas. Lisboa: DGS. Acedido em [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf)
- Portugal, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2014). Carta social: Rede de serviços e equipamentos: Relatório 2014. Lisboa: Autor. Acedido em [http://www.act.gov.pt/\(pt-http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2014.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2014.pdf)
- Rodrigues, M. (2013). Dor lombar: Exercícios de estabilidade dinâmica. *Revista Atletismo*, 37, 38-39. Acedido em <http://www.gfd.pt/docs/Dor-lombar-exercicios-de-estabilidade-dinamica.pdf>
- Rodrigues, C.A.L. (2014). *Papel dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: Um estudo de caso* (dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Acedido em [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1141/1/Catarina\\_Rodrigues.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1141/1/Catarina_Rodrigues.pdf)
- Rosário, F.; Serranheira, F. (2006). Sintomatologia musculoesquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático. 37-44. Acedido em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/e-03-2006.pdf>
- Santos, J.M.S. (2009). *Desenvolvimento de um Guião de Seleção de Métodos Para Análise do Risco de Lesões Musculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)* (dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10706/1/TESE%2520JOSE%2520SANTOS%25202009.pdf>

- Sequeira, C. (2010) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Serranheira, F.; Lopes, F. & Sousa-Uva, A. (2005). Lesões musculoesqueléticas (LME) e trabalho: uma associação muito frequente. *Sociedade Portuguesa de Medicina no Trabalho*, 5, 59-88. Acedido em [https://www.ensp.unl.pt/ensp/corpo-docente/websites\\_docentes/sousa\\_uva/03st5lmelt.pdf](https://www.ensp.unl.pt/ensp/corpo-docente/websites_docentes/sousa_uva/03st5lmelt.pdf)
- Serranheira, F., Lopes, F., & Sousa-Uva, A. (2008). Lesões musculoesqueléticas e trabalho: Alguns métodos de avaliação dos riscos. *Sociedade Portuguesa Medicina no Trabalho*, 5, 59-88. Acedido em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/ca05.pdf>
- Serranheira, Sousa-Uva, A., Leite, E. (2012). Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: Contributos da abordagem participativa da ergonomia. *Sociedade Portuguesa Medicina no Trabalho*, 8, 23-46. Acedido em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st8/02.pdf>
- Tavares, J.D.S. (2012). *O Enfermeiro nas Equipas de Saúde: a percepção dos diferentes profissionais dos Lares de Idosos* (dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em [file:///C:/Users/HP/Downloads/D2011\\_10003621013\\_21036025\\_1%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/D2011_10003621013_21036025_1%20(7).pdf)



## **Anexos**



**Anexo I – Condições e características do trabalho suscetíveis de desencadear PME**



INSAT	Sim %	Grau de incómodo	
		Moderado ou Superior (%)	Muito incómodo (%)
<b>Características do ambiente físico</b>			
Estar exposto a calor/frio ou a variações da temperatura	78,6	71,4	
<b>Constrangimentos físicos</b>			
Ser obrigado a adotar posturas penosas	57,1	100,0	
Ser obrigado a fazer esforços físicos intensos	92,8	71,4	
Ser obrigado a permanecer muito tempo em pé com deslocamento	85,8	50,0	
Ser obrigado a fazer deslocações profissionais frequentes	35,7	28,6	
<b>Constrangimentos organizacionais e relacionais</b>			
Estar exposto a situações de ter de cumprir normas e prazos rígidos	50,0	14,3	
Ser frequentemente interrompido	71,4	57,1	
Estar exposto as situações de ter de se apressar	78,6	57,1	
Estar exposto a situações de ter de saltar ou encurtar uma refeição ou nem mesmo realizar a pausa por causa do trabalho	64,3	50,0	
Estar exposto a situações de ter de dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho	85,7	42,9	
Estar exposto a situações de ter de ultrapassar o horário normal de trabalho	85,7	50,0	
Estar exposto ao risco de agressão verbal	85,7	64,3	28,6
Estar exposto ao risco de agressão física	85,7	57,1	
Ter de suportar as exigências, queixas ou reclamações do público	78,6	50,0	
Ter de confrontar com situações de tensão nas relações com o público	85,7	71,4	
Ter de estar exposto ao risco de agressão verbal do público	100,0	64,3	
Ter de estar exposto ao risco de agressão física	71,4	50,0	
Ter de dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	78,6	42,9	
<b>Constrangimentos inerentes às características do trabalho</b>			
Falta de equipamentos ou instrumentos adequados	92,9	78,6	
Pouco reconhecimento pelas chefias	50,0	42,9	
Trabalho de difícil realização aos 60 anos	100,0	85,7	
Trabalho que não gostariam que os filhos o realizassem	78,6	57,1	
<b>Condições de vida fora do trabalho</b>			
Conciliar a vida de trabalho com a vida fora de trabalho	100,0	42,9	

Fonte: Machado, A.R.C. (2013). *As Perturbações Musculoesqueléticas no Trabalho em Saúde: O Caso de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação* (dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/123456789/1210>



**Anexo II – Percepção dos Ajudantes de Lar sobre a sua atividade de trabalho**



INSAT	Sim %
Dores de costas	87,0
Esforços intensos	82,6
Exposição a agentes biológicos	87,0
Ultrapassar o horário normal de trabalho	56,5
Suportar as exigências, queixas ou reclamações dos utentes	82,6
Situações de tensão nas relações com os utentes	69,6
É reconhecido o que faço pelas chefias	87,0
É reconhecido o que faço pelos colegas	87,0
Frequente necessidade de ajuda dos colegas	69,6
Frequente ter ajuda dos colegas quando é preciso	73,9
Necessidade de ajuda de colegas	69,6
Dores musculares/articulações	69,6
Fadiga Generalizada	34,8
Gestos repetitivos	65,2
Posturas penosas	60,9
Exposição a agressão verbal	52,2
Não existência de perspectivas de evolução na carreira	47,8
Renumeração não permite ter um nível de vida satisfatório	60,9
Dificilmente conseguirão realizar o trabalho quando tiverem 60/65 anos	82,6
Trabalhar mesmo estando doente	47,8

Fonte: Adaptada de Figueiredo, V.M.M. (2014). *Análise da atividade dos ajudantes de lar e das suas condições de trabalho numa perspetiva de género* (dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76769/2/102676.pdf>



**Anexo III – Percepção dos Ajudantes de Lar sobre os problemas de saúde (e sua relação com a atividade de trabalho) e respostas ao PSN**



<b>Problemas de Saúde</b>	<b>Nº de Ajudantes de Lar %</b>	<b>Causado pelo trabalho %</b>	<b>Agravado pelo trabalho %</b>	<b>Nenhuma relação com o trabalho %</b>
Dores de costas	87,0	65,0	20,0	15,0
Dores musculares/articulações	69,6	68,8	25,0	6,3
Varizes	52,2	41,7	8,3	50,0
Ansiedade ou irritabilidade	47,8	63,6	27,3	9,1
Dores no estômago	34,8	25,0	25,0	50,0
Fadiga generalizada	34,8	50,0	37,5	12,5

Fonte: Adaptada de Figueiredo, V.M.M. (2014). *Análise da atividade dos ajudantes de lar e das suas condições de trabalho numa perspetiva de género* (dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76769/2/102676.pdf>

<b>Respostas ao PSN</b>	<b>Nº de Ajudantes de Lar %</b>	<b>Relacionado com o trabalho %</b>	<b>Não relacionado com o trabalho %</b>
Sinto-me nervoso, tenso	26,1	100,0	
Tenho dores quando mudo de posição	30,4	85,7	14,3
Tenho dores quando estou de pé	34,8	100,0	
Dificuldade em estar de pé muito tempo	26,1	100,0	

Fonte: Adaptada de Figueiredo, V.M.M. (2014). *Análise da atividade dos ajudantes de lar e das suas condições de trabalho numa perspetiva de género* (dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76769/2/102676.pdf>



## **Anexo IV – Instrumento de colheita de dados**





SITUAÇÃO LABORAL		Sim	
Efetivo ou contrato sem termo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrato a prazo ou contrato a termo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho temporário		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho sazonal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estágio ou bolsa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A recibo verde ou fatura		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HORÁRIO DE TRABALHO			
Identifique, de entre as seguintes opções, as que caracterizam o seu horário de trabalho atual. Se for o caso, pode assinalar, em simultâneo, as duas opções de resposta.			
	Sim	Não	
Tempo inteiro (horário completo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo parcial (horário a meio-tempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horário fixo (horário sem variações)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horário irregular (horário com variações frequentes e nem sempre previstas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horário flexível (horário que permite a escolha das horas de entrada e de saída)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fim de semana (horário de trabalho ao sábado e/ou domingo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho em horário normal (horário dividido em dois períodos diários, separados por um intervalo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho em turnos fixos (horário num período fixo – de manhã, à tarde ou à noite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho em turnos rotativos (horário que muda semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horário diurno (horário compreendido entre as 07h00 e as 22h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horário noturno (horário compreendido entre as 22h00 e as 07h00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horário misto (horário realizado no período diurno e noturno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: É muito importante que leia atentamente todas as instruções antes de responder às próximas questões.

## II – CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

As próximas questões referem-se a condições relacionadas com o **seu trabalho atual** e estão divididas em dois tipos de respostas.

Na primeira parte da resposta, assinala com uma cruz: "Sim" (se corresponde à sua situação de trabalho atual) ou "Não" (se não corresponde à sua situação de trabalho atual). No caso de ter respondido "Sim", indique na segunda parte da resposta, qual o **grau de incómodo** que essa situação lhe provoca. Caso tenha respondido "Não", indique apenas aquelas situações que lhe causam incómodo.

### 1. AMBIENTE E CONSTRANGIMENTOS FÍSICOS

#### DIMENSÕES AMBIENTAIS

1ª PARTE DA RESPOSTA

2ª PARTE DA RESPOSTA

No meu trabalho estou exposto a...	Sim	Não	Grau de incómodo que provoca					
			Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo	
_ ruído nocivo ou incómodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ radiações (ex.: material radioactivo, RX, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ calor/frio ou a variações de temperatura extremas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ poeiras ou gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ agentes biológicos (contato, manuseamento com bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica ou vegetal ou animal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1ª PARTE DA RESPOSTA		2ª PARTE DA RESPOSTA				
		Grau de incômodo que provoca				
		Muito incômodo	Bastante incômodo	Incômodo	Pouco incômodo	Nenhum incômodo
No meu trabalho estou exposto a...	Sim	Não				
_ produtos químicos (ex.: colas, solventes, pigmentos, corantes, vernizes, diluentes, tintas, desinfetantes, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ iluminação inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ outras situações perigosas Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**CONSTRANGIMENTOS FÍSICOS**

1ª PARTE DA RESPOSTA		2ª PARTE DA RESPOSTA				
		Grau de incômodo que provoca				
		Muito incômodo	Bastante incômodo	Incômodo	Pouco incômodo	Nenhum incômodo
No meu trabalho sou obrigado a...	Sim	Não				
_ fazer gestos repetitivos (movimentos repetidos continuamente, num curto espaço de tempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ fazer gestos precisos e minuciosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ adotar posturas penosas (posições do corpo dolorosas, custosas, desconfortáveis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ fazer esforços físicos intensos (ex.: cargas pesadas manuseadas ou movimentadas, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ permanecer muito tempo de pé na mesma posição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar muito de pé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ permanecer muito tempo sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ subir e descer com muita frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ trabalhar num contexto/local pouco organizada do ponto de vista ergonómico (ex.: adaptado às minhas características físicas, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**2. CONSTRANGIMENTOS ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS**

RITMO DE TRABALHO		2ª PARTE DA RESPOSTA				
1ª PARTE DA RESPOSTA		Grau de incômodo que provoca				
		Muito incômodo	Bastante incômodo	Incômodo	Pouco incômodo	Nenhum incômodo
No meu trabalho estou exposto a situações de...	Sim	Não				
_ ter que trabalhar a um ritmo intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ ter que depender de colegas para poder realizar o meu trabalho (ex.: cadeia/linha produção, montagem, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ ter que depender dos pedidos diretos dos clientes, utentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ ter que cumprir normas de produção ou prazos rígidos (ex.: controlo da qualidade, tempos curtos, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
_ ter que me adaptar permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

1ª PARTE DA RESPOSTA		2ª PARTE DA RESPOSTA					
		Grau de incómodo que provoca					
		Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo	
No meu trabalho estou exposto a situações de...		Sim	Não				
	_ ter que gerir instruções contraditórias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter que trabalhar durante longos períodos de tempo ao computador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ser frequentemente interrompido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter que levar trabalho para casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ hiper-solicitação (ex.: exigências excessivas relacionadas com a atenção, concentração, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter que manter o olhar fixo sobre o trabalho, sem qualquer possibilidade de o desviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEMPO DE TRABALHO</b>							
	_ ter que ultrapassar o horário normal de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter que dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter que "saltar" ou encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter horários de trabalho que obrigam a deitar-me depois da meia-noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter horários de trabalho que obrigam a levantar-me antes das 5 horas da manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter que manter disponibilidade permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ fazer deslocações profissionais frequentes (ausência ou afastamento significativo que interfere com a rotina familiar ou social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu tempo total de trabalho efetivo, em média, por semana...							
... na empresa onde exerço a atividade principal é:							
... incluindo outras atividades de trabalho (noutros locais ou mesmo em casa):							

AUTONOMIA E INICIATIVA		2ª PARTE DA RESPOSTA				
1ª PARTE DA RESPOSTA		Grau de incómodo que provoca				
		Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
No meu trabalho estou exposto a situações de...		Sim	Não			
	_ ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ser obrigado a respeitar, de forma rígida, os momentos de pausa, sem os poder escolher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ ter que obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ não poder participar nas decisões relativas ao meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELAÇÕES DE TRABALHO (com os colegas de trabalho e chefias, ...)		2ª PARTE DA RESPOSTA				
1ª PARTE DA RESPOSTA		Grau de incómodo que provoca				
		Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
No meu trabalho é ...		Sim	Não			
	_ frequente a necessidade de ajuda dos colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_ frequente não ter ajuda dos colegas quando preciso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RELAÇÕES DE TRABALHO** (com os colegas de trabalho e chefes, ...)

1ª PARTE DA RESPOSTA

No meu trabalho é ...

Sim

Não

- \_ raro conseguir trocar experiências ou truques com outros colegas para o realizar melhor
- \_ desconsiderada a minha opinião para o funcionamento do departamento/secção
- \_ pouco reconhecido o que eu faço pelas chefias
- \_ pouco reconhecido o que eu faço pelos colegas
- \_ impossível exprimir-me à vontade

2ª PARTE DA RESPOSTA

Grau de incómodo que provoca

Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
----------------	-------------------	----------	----------------	-----------------


No meu trabalho estou exposto a ...

Sim

Não

- \_ agressão verbal
- \_ agressão física
- \_ assédio sexual
- \_ assédio moral (ex.: intimidação, hostilidade, humilhação...)
- \_ ameaça de perda do emprego

Grau de incómodo que provoca

Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
----------------	-------------------	----------	----------------	-----------------


Ao responder às questões seguintes, tenha em atenção que: sentir discriminação é ser 'afastado, separado, prejudicado ou tratado de forma diferente'

No meu trabalho estou exposto a ...

Sim

Não

- \_ discriminação sexual
- \_ discriminação ligada à idade
- \_ discriminação relacionada com a nacionalidade ou raça
- \_ discriminação relacionada com uma deficiência física ou mental
- \_ discriminação relacionada com a orientação sexual

Grau de incómodo que provoca

Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
----------------	-------------------	----------	----------------	-----------------


**CONTACTO COM O PÚBLICO** (relações de trabalho com os clientes, fornecedores, alunos, doentes, ...)

1ª PARTE DA RESPOSTA

No meu trabalho existe...

Sim

Não

- \_ contacto direto com o público

Se sim, tenho que...

- \_ suportar as exigências, queixas ou reclamações do público
- \_ confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público
- \_ estar exposto ao risco de agressão verbal do público
- \_ estar exposto ao risco de agressão física do público
- \_ ter que dar resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas

2ª PARTE DA RESPOSTA

Grau de incómodo que provoca

Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
----------------	-------------------	----------	----------------	-----------------


**3. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO**

1ª PARTE DA RESPOSTA		2ª PARTE DA RESPOSTA				
		Grau de incómodo que provoca				
		Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
O meu trabalho é um trabalho...	Sim      Não					
_ solitário	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ monótono	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ variado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ imprevisível	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ complexo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ onde tenho que fazer coisas que desaprovo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
O meu trabalho é um trabalho...		Grau de incómodo que provoca				
		Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
_ onde não existe a perspetiva de evolução na carreira	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ cuja remuneração não me permite ter um nível de vida satisfatório	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ onde faltam os meios necessários para realizar um trabalho de qualidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ cujas condições abalam a minha dignidade enquanto ser humano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ no qual, de forma geral, me sinto explorado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ que dificilmente conseguirei realizar quando tiver 60/65 anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
_ que gostava que os meus filhos não realizassem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
O sentimento de prazer e realização pessoal no trabalho surge porque:		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	
_ tenho oportunidade de fazer coisas que realmente me dão prazer						
_ tenho o sentimento de fazer um trabalho bem feito						
_ de modo geral, estou satisfeito com o trabalho que realizo						
_ o que faço constitui um contributo útil para a sociedade						

**III – CONDIÇÕES DE VIDA FORA DO TRABALHO**

Estado civil?	<input type="text"/>	Número de filhos	<input type="text"/>			
Indique com uma cruz a sua resposta...		Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
_ Consigo conciliar a vida de trabalho com a vida fora do trabalho						
Indique com uma cruz a sua resposta...		Muito incómodo	Bastante incómodo	Incómodo	Pouco incómodo	Nenhum incómodo
_ A conciliação da vida de trabalho com a vida fora do trabalho causa-me incómodo?						

Habitualmente, o tempo que gasto por dia em deslocação (casa-trabalho + trabalho-casa) é de: \_\_\_\_\_ (min\_horas)

Habitualmente, o tempo que ocupo, por dia, em tarefas domésticas e de apoio familiar é de: \_\_\_\_\_ (em horas)  
(ex.: cozinhar, limpar a casa, cuidar dos filhos ou de outras pessoas à sua responsabilidade, fazer compras domésticas, ...)

#### IV – FORMAÇÃO E TRABALHO

Terho estatuto de trabalhador-estudante	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tive formação nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim,		
_ número de formações realizadas ...		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_ duração total ...	(em horas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A participação na formação foi...		Sim <input type="checkbox"/>
_ por iniciativa própria		<input type="checkbox"/>
_ determinada pela empresa		<input type="checkbox"/>
A formação realizada relaciona-se com...		Sim <input type="checkbox"/>
_ a atual situação de trabalho		<input type="checkbox"/>
_ um futuro trabalho		<input type="checkbox"/>
_ saúde e segurança no trabalho		<input type="checkbox"/>
_ temas de interesse geral		<input type="checkbox"/>

#### V – SAÚDE E TRABALHO

##### 1. ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

_ Tive já um acidente de trabalho (ex.: traumatismos graves ou mesmo pequenos ferimentos na realização do trabalho, ...)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Se sim,			
foi no trabalho atual ou no trabalho passado	No trabalho atual <input type="checkbox"/>	No trabalho passado <input type="checkbox"/>	
Se sim,			
fiquei com alguma incapacidade reconhecida (ex.: perturbações, deficiências, limitações, ...)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Em avaliação <input type="checkbox"/>
Se sim, na Tabela Nacional de Incapacidades (TNI) corresponde a	<input type="checkbox"/>		
_ Já me foi diagnosticada uma doença profissional	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Em avaliação <input type="checkbox"/>
Se sim, essa doença é (ou foi)	<input type="checkbox"/>		
Se sim,			
foi no trabalho atual ou no trabalho passado	No trabalho atual <input type="checkbox"/>	No trabalho passado <input type="checkbox"/>	
Se sim, fiquei com alguma incapacidade reconhecida	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Em avaliação <input type="checkbox"/>
Se sim, na Tabela Nacional de Incapacidades (TNI) corresponde a	<input type="checkbox"/>		
Nos últimos doze meses tive necessidade de faltar ao trabalho mais do que três dias seguidos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Se sim, o motivo foi...	Sim <input type="checkbox"/>		
Acidente de trabalho	<input type="checkbox"/>		
Doença profissional	<input type="checkbox"/>		
Problemas de saúde relacionados com o trabalho	<input type="checkbox"/>		

Problemas de saúde relacionados com os filhos ou família  Sim

Outros problemas de saúde

---

Nos últimos doze meses tive necessidade de trabalhar mesmo estando doente  Sim  Não

**2. INFORMAÇÃO SOBRE RISCOS PROFISSIONAIS**

Indique com uma cruz a sua resposta...

	Muito	Bastante	Moderado	Pouco	Nada
_ Considero ter informação sobre os riscos resultantes do meu trabalho (ex.: riscos associados ao equipamento, aos materiais, aos instrumentos, à qualidade do ar, à acústica do local de trabalho, aos produtos utilizados, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Considero que no meu trabalho, existe preocupação em minimizar os riscos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_ No meu local de trabalho tenho à disposição...

Proteção Individual (ex.: luvas, protetores auditivos, máscara, calçado de proteção, óculos, ...)

Proteção Coletiva (ex.: silenciadores nas máquinas, painéis anti-ruído, climatização adequada, ...)

	Sim	Não	Não se justifica
Proteção Individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteção Coletiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_ Considero que a utilização de equipamento de proteção individual dificulta a realização da minha atividade de trabalho

	Muito	Bastante	Moderado	Pouco	Nada
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VI – A MINHA SAÚDE E O MEU TRABALHO**

A lista que se segue refere alguns problemas de saúde.  
 Assinale com uma cruz, na **1ª parte da resposta**, todos os problemas de saúde que tem ou não tem.  
 Depois, tendo em conta unicamente os problemas de saúde que assinalou positivamente ("Sim") na 1.ª parte da resposta, indique, na **2ª parte da resposta** se, na sua opinião, esses problemas: foram causados pelo trabalho; ou foram agravados/acelerados pelo trabalho; ou se considera que não têm nenhuma relação com o trabalho.

PROBLEMAS DE SAÚDE	1ª PARTE DA RESPOSTA		2ª PARTE DA RESPOSTA		
	Sim	Não	Este problema de saúde...		
Tenho este problema de saúde			Foi causado pelo meu trabalho	Foi agravado ou acelerado pelo meu trabalho	Não tem nenhuma relação com o meu trabalho
_ Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Dores de costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Problemas de visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Perturbações de voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Problemas de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Problemas de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Dificuldades respiratórias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Dores musculares e articulações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Dores de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Varizes (derrames, "aranhas" vasculares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Ansiedade ou irritabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Fadiga generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Desânimo generalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Sono/léncia ou insónias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_ Sofre de algum problema de saúde, de uma doença ou deficiência crónica (a longo prazo) física ou psíquica? Por crónica (a longo prazo), entende-se as doenças ou problemas de saúde que duram ou que se prevê que durem 6 meses ou mais. Se respondeu sim, identifique qual/quais: \_\_\_\_\_

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_ Consumo frequentemente medicamentos

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consumo regularmente os seguintes medicamentos (especifique todos, excetuando o contraceptivo ou pílula)

Medicamento	Para que efeito?

Indique com uma cruz a sua resposta...

\_ De uma forma geral, como está a minha saúde?

Muito boa	Bom	Razoável	Má	Muito má
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_ Considero que o meu trabalho afeta a minha saúde?

Sim, sobretudo de forma positiva	Sim, sobretudo de forma negativa	Não, de todo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VII – A MINHA SAÚDE E O MEU BEM-ESTAR

Perfil de Saúde Nottingham – Versão Portuguesa, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1997

A lista que se segue apresenta alguns problemas que as pessoas podem ter no seu dia-a-dia.

Leia com atenção esta lista e coloque uma cruz no quadrado correspondente ao SIM se tiver esse problema e no NÃO se não o tiver. Por favor responda a todas as perguntas. Se tiver dúvidas entre o SIM e o NÃO, coloque a cruz na resposta que, neste momento, se aplica melhor ao seu caso.

- |   |     |                          |     |                          |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1) Eu estou sempre cansado(a)                                   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 2) Tenho dores durante a noite                                  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 3) Tudo me desanima   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 4) Tenho dores insuportáveis                                    | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 5) Tomo comprimidos para dormir                                 | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 6) Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida                  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 7) Sinto-me nervoso(a), tenso(a)                                | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 8) Tenho dores quando mudo de posição                           | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 9) Sinto-me só  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 10) Só consigo caminhar dentro de casa                          | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 11) Tenho dificuldade em baixar-me                              | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 12) Tudo me custa a fazer                                       | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 13) Acordo muito cedo e tenho dificuldade em voltar a adormecer | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 14) Não consigo mesmo andar                                     | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 15) Custa-me estar com outras pessoas                           | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 16) Os dias parecem que nunca mais acabam                       | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 17) Tenho dificuldade em subir ou descer escadas ou degraus     | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 18) Tenho dificuldade em chegar às coisas                       | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 19) Tenho dores ao andar  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |

- |     |  |     |                          |     |                          |
|-----|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 20) | Ultimamente perco a paciência com facilidade   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 21) | Sinto que não posso contar com ninguém   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 22) | Passo a maior parte de noite acordado(a)   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 23) | Sinto que estou a perder o controlo  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 24) | Tenho dores quando estou em pé   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 25) | Tenho dificuldade em vestir-me   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 26) | Estou a ficar sem forças   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 27) | Tenho dificuldade em estar de pé durante muito tempo<br>(ex. em frente ao lava-loiça ou à espera do autocarro) | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 28) | As dores não me largam   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 29) | Levo muito tempo a adormecer   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 30) | Sinto que sou um peso para as outras pessoas   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 31) | As preocupações não me deixam dormir   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 32) | Sinto que não vale a pena viver  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 33) | Dumbo mal de noite   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 34) | Tem sido difícil dar-me com as pessoas   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 35) | Preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa<br>(ex. uma bengala ou o braço de alguém)                | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 36) | Tenho dores ao subir ou descer escadas ou degraus  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 37) | Sinto-me deprimido(a) ao acordar   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 38) | Tenho dores quando estou sentado(a)  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |

Do conjunto dos problemas que acabou de assinalar com a resposta SIM, identifique com uma cruz, na tabela abaixo, qual ou quais desses problemas acha que estão relacionados com o seu trabalho.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38		

A lista que se segue apresenta algumas das possíveis estratégias utilizadas para prevenir ou minimizar as repercussões das condições e características do trabalho, na sua saúde.

Coloque uma cruz no quadrado correspondente ao SIM se utilizar essa estratégia e no NÃO se não a utilizar.

- |    |   |     |                          |     |                          |
|----|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1) | Automedico-me   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 2) | Faço Exercício Físico   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 3) | Participo num Programa de Ginástica Laboral   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 4) | Faço várias pausas ao longo do trabalho   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 5) | Comunico à entidade patronal ou aos responsáveis, toda e qualquer situação de trabalho que represente perigo para a minha segurança e saúde | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 6) | Procuro um Profissional de Saúde  | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 6) | Desabafo com alguém   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| 7) | Outras Quais? _____   | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |

**APÓS O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO CONFIRME, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.  
SE ACHAR CONVENIENTE, CORRIJA AS RESPOSTAS DADAS.**

Caso pretenda fazer algum comentário relativamente às questões presentes neste inquérito ou a aspetos que não tenham sido contemplados utilize, por favor, o espaço seguinte.

---

---

---

---

---



**Anexos V – Declaração de consentimento informado**





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
Escola Superior de Saúde de Viseu



Unidade Científico Pedagógica: Relatório Final

Investigador Principal: Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

Investigador Colaborador: Ricardo Jorge dos Santos Veiga

Curso: Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

O uso do Inquérito Saúde e Trabalho enquadra-se no âmbito do Projeto de dissertação de Mestrado, do aluno Ricardo Jorge dos Santos Veiga, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Escola Superior de Saúde de Viseu, sob a coordenação/orientação do Professor Doutor Carlos Albuquerque.

Os objetivos intrínsecos à utilização deste instrumento consistem em:

- Analisar as condições e características do trabalho que podem desencadear as perturbações musculoesqueléticas (PME) nos Trabalhadores de Cuidados Pessoais em Residências de Apoio ao Idoso;
- Analisar as repercussões que as condições e características do trabalho têm na saúde e bem-estar dos Trabalhadores de Cuidados Pessoais em Residências de Apoio ao Idoso;
- Analisar as estratégias que os Trabalhadores de Cuidados Pessoais em Residências de Apoio ao Idoso utilizam para prevenir e minimizar as repercussões das condições e características do trabalho que podem desencadear as PME.

Solicita-se a sua participação na resposta às questões colocadas, e na partilha de outras informações que considere pertinentes face ao objetivo deste Projeto.

Toda a informação recolhida será mantida sob anonimato e confidencialidade.

Após a análise e tratamento dos dados, os resultados obtidos serão alvo de restituição junto dos participantes envolvidos nesta pesquisa.

Caso recuse participar, tal decisão não lhe trará quaisquer benefícios ou prejuízos. De igual forma, poderá a qualquer momento decidir não dar continuidade à sua participação, sem a exigência de justificação.

Obrigada pela sua colaboração.

Para mais esclarecimentos, por favor, contactar:

Ricardo Jorge dos Santos Veiga, através do mail [ricardo.js.veiga@gmail.com](mailto:ricardo.js.veiga@gmail.com).

"Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo. Fui informado/a de todos os aspetos que considero importantes e tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas sobre a investigação. Participo de forma voluntária e fui informado/a de que a minha participação, a sua interrupção, ou recusa em participar, não traria quaisquer benefícios ou prejuízos."

Participante

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**Anexos VI – Declaração de compromisso**





### Declaração de Compromisso do/a Investigador/a responsável

#### "Inquérito Saúde e Trabalho – INSAT 2013"

No âmbito do Projeto de Investigação "... (ver ponto 2 do "Pedido de utilização do INSAT") que contempla o INSAT como instrumento, comprometo-me, enquanto Investigador/a Responsável a:

- Não associar investigadores de outros projetos na utilização do INSAT, para além dos identificados no "Pedido de utilização do INSAT", previamente assinado;
- Entregar a cada participante contactado no âmbito do projeto, a "Declaração de Consentimento Informado" e solicitar a sua assinatura (cf. em anexo);
- Restituir aos participantes o essencial dos resultados da pesquisa em que colaboraram;
- Partilhar a base de dados, e restituir os resultados obtidos às autoras do INSAT;
- Dar conhecimento às autoras das publicações onde a utilização do INSAT é referida;
- Aceitar o reconhecimento enquanto membro da equipa de investigação mais ampla de utilizadores deste instrumento.

Data 15/12/2013

Nome do/a Investigador/a Responsável:

Assinatura Paula Inês dos Santos Veiga



**Anexos VII – Autorização de recolha de dados**





EDUCAÇÃO, CULTURA, CIÊNCIA  
E PROTECÇÃO SOCIAL

CONTRIBUINTE N.º 501 215 689

TEL. 232 990 200 - FAX: 232 990 202 APARTADO 3  
3511-903 TORREDEITA VISEU - PORTUGAL

Ex.ºm. Senhor Professor Doutor Carlos Pereira  
Presidente da  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida N.º 102  
3500-843 Viseu

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO

NOSSA REFERÊNCIA

TORREDEITA

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados, para estudo, subordinado ao tema "Determinantes das Perturbações Musculoesqueléticas nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso".

Em resposta ao pedido de V. Ex.ª para a realização de colheita de dados mencionada em epigrafe, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do aluno Ricardo Jorge dos Santos Veiga, vimos informar que está autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Direção Técnica

AC



**Anexo VIII – Condições e características do trabalho suscetíveis de desencadear as  
PME nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso**



Riscos	Respostas ao Questionário
<b>Individuals</b>	Antecedentes clínicos
	Idade
	Género
	Estado civil
<b>Biológicos/Químicos</b>	Exposição a agentes biológicos;
	Contacto com produtos químicos
<b>Psicossociais</b>	Depender dos pedidos diretos dos clientes
	Ritmo de trabalho intenso
	Depender das colegas para realizar o trabalho
	Ter que gerir instruções contraditórias
	Ser frequentemente interrompido
	Cumprir normas ou prazos rígidos
	Manter disponibilidade permanente
	Ter de ultrapassar o horário normal de trabalho
	Ter de dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho
	Pouco reconhecimento pelo trabalho realizado
	Exposição ao risco de agressão verbal
	Pouco reconhecimento pelas chefias e colegas
	Impossibilidade de se exprimir à vontade
	Ter de suportar as exigências, queixas ou reclamações do público
	Dar resposta às dificuldades e/ou sofrimento de outras pessoas
	Confronto com situações de tensão nas relações com o público
	Exposição ao risco de agressão verbal do público
	Trabalho complexo
	Trabalho que não permite ter um nível de vida satisfatório
	Trabalho sem perspetiva de evolução na carreira
Horário de trabalho	
<b>Ergonómicos</b>	Calor/frio ou variações de temperatura extremas
	Ruído nocivo ou incómodo
	Esforços físicos intensos
	Permanecer muito tempo em pé com deslocamento
	Permanecer muito tempo de pé na mesma posição
	Posturas penosas
Subir e descer com muita frequência	



**Anexo IX – Resumo da relação entre as variáveis de contexto sociodemográfico, laboral, comportamental e clínico, com perceção do estado de saúde**



Variáveis de contexto...	Perfil de Saúde de Nottingham (p)						
	Mobilidade Física	Dor	Energia	Reações Emocionais	Sono	Isolamento social	Perceção do estado de saúde
<b>Sociodemográficas</b>							
Idade	0,001	0,002	0,040		0,034		0,001
Grupo etário 49-58 anos	0,008						
Género feminino		0,033					0,046
Viúvos						0,014	
<b>Laboral</b>							
Horário diurno						0,033	
Produtos químicos			0,033				
Ruido nocivo ou incómodo	0,022	0,007					
Calor/frio ou variações de temperatura		0,039					
Posturas penosas	0,002	0,037	0,026				
Esforços físicos intensos	0,029						
Muito tempo de pé na mesma posição	0,015						
Depender dos colegas para a realização do trabalho	0,007	0,000	0,041				0,002
Ser frequentemente interrompido	0,047						
Ritmo de trabalho intenso				0,045			
Ultrapassar horário normal de trabalho	0,031						
Saltar/encurtar refeição ou não realizar pausa			0,034	0,027			
Dormir a horas pouco usuais		0,016	0,035				
Horário de trabalho rígido	0,007					0,034	0,013
Realizar o trabalho definido sem possibilidade de o alterar							0,011
Momentos de pausa rígidos						0,041	
Impossibilidade de participar nas decisões relativas ao trabalho					0,047		
Exposição ao risco de agressão verbal	0,000	0,008		0,047			0,005
Impossibilidade de se expressar	0,025			0,003			0,031
Pouco reconhecimento pelas colegas	0,019						
Pouco reconhecimento pelas chefias	0,004						
Situações de tensão nas relações com o público	0,012						
Agressão verbal do público	0,020						
Suportar exigências do público						0,044	
Trabalho não realizado pelos filhos	0,022	0,000			0,040		0,000
Trabalho dificilmente realizado aos 60/65		0,018		0,047			0,025
Trabalho complexo	0,001	0,024					
Trabalho imprevisível	0,033						
Sem perspetiva de evolução na carreira		0,034				0,038	
Dificuldade em conciliar a vida de trabalho com a vida fora de trabalho			0,005				0,026
Formação últimos 12 meses						0,031	
Formação em SST				0,049			
<b>Comportamental</b>							
Automedicação		0,005					
Comunica à entidade patronal						0,020	
Partilha de sentimentos						0,030	

Variáveis de contexto...	Perfil de Saúde de Nottingham (p)						
	Mobilidade Física	Dor	Energia	Reações Emocionais	Sono	Isolamento social	Perceção do estado de saúde
<b>Clinico</b>							
Trabalhar mesmo doente nos últimos 12 meses		0,007		0,040	0,000		0,001
Faltar ao trabalho mais de 3 dias seguidos nos últimos 12 meses					0,009	0,023	0,022
Dores de costas	0,003	0,001					0,003
Dores musculares e articulares	0,013	0,000	0,007	0,032	0,026		0,000
Varizes	0,028						
Ansiedade ou irritabilidade	0,002			0,000			0,000
Dores de cabeça	0,019	0,000		0,018	0,044	0,006	0,000
Doença crónica	0,001	0,000					0,001
Consumo frequente de medicamentos		0,001			0,010		0,010
Perceção de que o trabalho afeta a saúde de forma negativa	0,003	0,000					0,001
Perceção de que o trabalho afeta a saúde de forma positiva		0,000					0,001