

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



*“Há uma força motriz maior que o vapor,  
a eletricidade e a energia atômica: a vontade”*

*Albert Einstein*



## **AGRADECIMENTOS**

Dedico este espaço àqueles que, de forma direta e/ou indireta, deram a sua contribuição para que esta investigação fosse possível. A todos deixo aqui o meu profundo agradecimento.

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Helena Moreira, pelo rigor e competência científica, pela disponibilidade demonstrada em todas as fases, bem como pelas correções e sugestões relevantes que levaram à concretização deste trabalho.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo, o meu sincero agradecimento. Sem a vossa participação, este estudo não teria sido uma realidade.

Aos meus pais e irmã por todo o apoio, dedicação e perseverança que demonstraram não só durante o meu percurso académico mas durante toda a minha vida. Agradeço a vossa compreensão, carinho e amor.

À minha namorada, pelo apoio que me deu e pela compreensão demonstrada.

Aos meus colegas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu pelo apoio e incentivo ao longo de todo o curso.

Gostaria de agradecer aos colegas de serviço da Medicina II do Hospital Infante D. Pedro, pelo vosso apoio nesta longa caminhada.

A todos os meus amigos pelo apoio e incentivo incondicional.



## RESUMO

**Introdução** – Os riscos psicossociais relacionados com o trabalho são identificados como uma das grandes ameaças contemporâneas, para a saúde e segurança dos trabalhadores, sendo os profissionais de saúde dos grupos mais expostos a estes riscos e de forma particular os enfermeiros.

Este estudo tem como objetivo avaliar os riscos psicossociais relacionados com o trabalho dos enfermeiros e analisar a relação de algumas variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e psicológicas com esses mesmos riscos.

**Métodos** – Este trabalho é quantitativo, descritivo, analítico e correlacional e de cariz transversal. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 232 enfermeiros que trabalham nos distritos de Viseu e Aveiro. Como instrumento de colheita de dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e socioprofissional, Escala de satisfação com o suporte social, Inventário clínico de auto conceito e o Copenhagen Psychosocial Questionnaire, versão média.

**Resultados** – Foram referidos como sendo maiores riscos, a previsibilidade, a influência no trabalho, o apoio social de superiores, as exigências cognitivas, a satisfação com a chefia direta e a possibilidade de desenvolvimento.

Os itens menos referidos são: o Bullying, o Stress, os problemas em dormir, a Confiança horizontal e a Transparência do papel laboral desempenhado.

As enfermeiras percecionam mais riscos relativos à *Saúde Física e psicológica*. O aumento da idade diminui a percepção dos riscos relativos às *Satisfação no trabalho* e aumenta a percepção dos riscos relativamente às *exigências físicas e psicológicas*. Os enfermeiros com *Mestrado/Doutoramento* percecionam mais riscos relativamente à *Saúde Física e Psicológica*.

Os enfermeiros sem contrato a termo certo ou indeterminado, percecionam mais riscos relativos às *Exigências Físicas e psicológicas e Satisfação no trabalho* e os enfermeiros com contrato definitivo têm uma maior percepção dos riscos relativos ao *Apoio Social e Familiar*. Com o aumento do tempo de serviço, diminui a percepção de riscos relativos à *Satisfação no trabalho*. Os enfermeiros que trabalham nos hospitais percecionam mais os riscos relativamente à *Satisfação no trabalho* e ao *Apoio Social e Familiar*. Os enfermeiros sem funções de chefia percecionam mais riscos relativamente à *Satisfação no trabalho*. Os enfermeiros que referem essencialmente as exigências mentais, têm uma maior percepção dos riscos relativos à *Exigências físicas e psicológicas*.

O aumento da satisfação com o suporte social diminui a percepção de riscos relativos à *Satisfação no Trabalho* e *Valores* aumenta a percepção de riscos relativamente à *Saúde Física e Psicológica*. O aumento do auto conceito diminui a percepção de riscos relativos ao *Apoio Social* e *Valores* e aumenta a percepção dos riscos relativos à *Saúde Física e Psicológica*.

**Conclusões** – os enfermeiros mais velhos e com mais tempo de serviço percecionam menos riscos relativos à *Satisfação no trabalho*.

Quanto melhor for o suporte social, menor é a percepção de riscos na *Satisfação no Trabalho* e *Valores* e maior na *Saúde Física e Psicológica*;

Quanto melhor for o auto conceito, menor é a percepção de riscos no *Apoio Social* e *Valores* e maior na *Saúde Física e Psicológica*.

## PALAVRAS CHAVE

Enfermeiros; Trabalho; Riscos Psicossociais.



## **ABSTRACT**

**Introduction** – The psychosocial risks at work are identified as one of the greatest contemporary threats to the health and safety of workers, with health professionals to be the groups most exposed to these risks and nurses in a particular way.

This study aims to assess psychosocial risks related to nurses' work and analyze the relationship of certain demographic, psychological social and professional variables with these risks.

**Methods** - This study is quantitative, descriptive, analytic and correlational and cross-sectional nature. The sample is non-probabilistic for convenience, constituted of 232 nurses working in Viseu and Aveiro districts. As instrument of data collection were used a social demographic and occupational questionnaire, the satisfaction with social support scale, Clinical Self-Concept Inventory and Copenhagen Psychosocial Questionnaire, medium version.

**Results** - Were reported as being higher risk, the predictability, influence at work, social support from superiors, the cognitive demands, satisfaction with the leadership and the ability to direct development. The items are listed under: Bullying, Stress, sleeping problems, horizontal Trust and Transparency of the role played labor.

Female nurses perceive more risks relating to physical and psychological health. Aging decreases the perception of risks related to Job satisfaction and increases the perception of risks in relation to physical and psychological requirements. Nurses with Master's degree / PhD perceive more risks relatively to Physical and Psychological Health.

Nurses without a contract for a fixed term or indefinite, perceive more risks relating to Physical and psychological requirements and satisfaction at work and the nurses with definitive contract have a higher perception of risk for the Family and Social Support. With the increase of length of service, reduces the perceived risks of job satisfaction. Nurses working in hospitals perceive more risks on job satisfaction and the Family and Social Support. Nurses without leadership functions perceive more risks on job satisfaction. Nurses, who reported essentially the mental demands, have a higher perception of risk on physical and psychological requirements.

The increased satisfaction with social support reduces the perceived risks of job satisfaction and values and increases the risk perception on the Physical and Psychological Health. The increase in self-concept decreases the perception of risk for the Social Support and Values and increases the perception of risk related to Physical and Psychological Health.

**Conclusions** - Older nurses and nurses with longer service perceive less risk for satisfaction at work. A good social support, decreases the perception of risk in Job Satisfaction and Values and increases in Physical and Psychological Health. The better self-concept, decreases the risk perception in Social Support and Values and increase in Physical Health and Psychological.

## **KEYWORDS**

Nurses, Labor, Psychosocial Risks.



## ÍNDICE DE QUADROS

## ÍNDICE DE TABELAS

## ÍNDICE DE FIGURAS

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

## ÍNDICE DE SIMBOLOS

1. INTRODUÇÃO.....	23
--------------------	----

## CAPITULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO.....	29
2. STRESS.....	33
2.1. CONCEITO.....	33
2.2. CAUSAS.....	35
2.3. CONSEQUÊNCIAS.....	36
2.4. STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAUDE.....	38
3. MOBBING.....	41
3.1. CONCEITO.....	41
3.2. EPIDEMIOLOGIA.....	42
3.3. CAUSAS.....	43
3.4. CONSEQUÊNCIAS.....	47
3.5. MOBBING NOS PROFISSIONAIS DE SAUDE.....	48
4. BURNOUT.....	51
4.1. CONCEITO.....	51
4.2. SINTOMAS.....	52
4.3. CONSEQUÊNCIAS.....	53
4.4. BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAUDE.....	54

## CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	59
1.1. CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	59
1.2. HIPOTESIS DE INVESTIGAÇÃO.....	61
1.3. AMOSTRA.....	62
1.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	62
1.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	63
1.6. PROCEDIMENTOS.....	67
1.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	68

<b>2.</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
	2.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	71
	2.2 ANÁLISE INFERENCIAL.....	82
<b>3.</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>93</b>
<b>4.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>103</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>107</b>

## **ANEXOS**

<b>ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO II – ESTATÍSTICAS RELATIVAS AOS CONJUNTOS DE DIMENSÕES DO COPSOQ POR FAIXA ETÁRIA.....</b>	<b>131</b>

**ÍNDICE DE QUADROS**

pág.

Quadro 1 – Escalas COPSOQ e número de questões .....66



## INDICE DE TABELAS

pag.

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros.....	72
Tabela 2 – Características Sócio-demográficas dos enfermeiros .....	72
Tabela 3 – Estatísticas relativas aos anos de serviço dos enfermeiros.....	73
Tabela 4 – Características Socioprofissionais dos enfermeiros.....	74
Tabela 5 – Estatísticas relativas á Satisfação com o suporte social.....	75
Tabela 6 – Estatísticas relativas ao Auto conceito.....	77
Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros por nível de risco.....	78
Tabela 8 – Estatísticas relativas aos conjuntos de dimensões do COPSOQ .....	81
Tabela 9 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função da idade .....	82
Tabela 10 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSOQ em função do género .....	83
Tabela 11 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSOQ em função do estado civil.....	84
Tabela 12 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSOQ em função das habilitações académicas.....	85
Tabela 13 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável sócio profissional –Vínculo contratual e grupos de variáveis do COPSOQ .....	86
Tabela 14 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável sócio profissional – Local onde exerce funções e grupos de variáveis do COPSOQ.....	87
Tabela 15 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável sócio profissional – Exigências da atividade e grupos de variáveis do COPSOQ...	88
Tabela 16 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSOQ em função do exercício de funções de chefia.....	89
Tabela 17 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função dos anos de serviço.....	89
Tabela 18 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função da satisfação com o Suporte Social .....	91
Tabela 19 – Resultados da Correlação de Pearson: Grupos de Dimensões COPSOQ em função do Auto Conceito... ..	92



**INDICE DE FIGURAS**

**pag.**

Figura 1 – Relação prevista entre as variáveis dependente e independentes.....61



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cit. in	Citado em
Cf.	Conforme
COPSOQ	Questionário de Avaliação de Riscos Psicossociais de Copenhaga (Copenhagen Psychosocial Questionnaire)
CV	Coefficiente de Variação
Dp	Desvio padrão
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
Et al.	E outros
EUA	Estados Unidos da América
ICAC	Inventário clínico de auto conceito
ICD	Instrumento de Colheita de Dados
ISTAS	Instituto Sindical de Trabalho, Ambiente e saúde (Espanha)
INE	Instituto Nacional de Estatística
$K/Std_{Error}$	Valor de Kurtosis dividido pelo erro (medida de achatamento)
Máx	Valor máximo estatístico
MBI	Maslach <i>burnout</i> inventory
Min	Valor mínimo estatístico
N	Número total da amostra
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
$Sk/Std_{Error}$	Valor Skewness dividido pelo erro (medida de enviesamento)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences



## INDICE DE SÍMBOLOS

XXI	Vinte e um
XIV	Catorze
XIX	Dezanove
XX	Vinte
$\bar{X}$	Média
$\pm$	Mais ou menos
$\alpha$	Alpha cronbach
$>$	Maior que
$<$	Menor que
$\leq$	Maior ou igual
$\geq$	Menor ou igual
%	Porcentagem



### 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as constantes mudanças nas organizações atuais, devido às novas tecnologias e à organização e gestão do trabalho, (também a crise económica e o desemprego) tem aumentado os riscos psicossociais com consequências graves e negativas quer na saúde dos trabalhadores quer na diminuição do rendimento das empresas.

Vários autores têm demonstrado interesse crescente na compreensão deste fenómeno, em termos da sua incidência e prevalência nas mais variadas profissões.

Os estudos portugueses sobre riscos psicossociais entre os profissionais de saúde e nomeadamente entre os enfermeiros, não são muito frequentes, apesar destes desenvolverem uma atividade considerada de alto risco em termos de stress. (Silva e Gomes 2009).

A natureza dos serviços prestados pelos enfermeiros deve ser considerada, uma vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho podem ter um impacto decisivo na saúde dos pacientes. De fato, e contrariamente a muitas outras profissões, os enfermeiros são um grupo de risco, pois estão sujeitos a situações de maior exaustão emocional, tendo que lidar constantemente com situações stressantes, tais como os casos de deficiência, lesões graves, sofrimento e dor física, trauma e morte.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1981, referiu que os fatores psicossociais no trabalho podem ser definidos como os fatores que influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo advêm da psicologia do indivíduo, da estrutura e da função da organização do trabalho. Incluem aspetos sociais, tais como as formas de interação no seio dos grupos, aspetos culturais, tais como os métodos tradicionais de resolução de conflitos, e aspetos psicológicas, tais como as atitudes, as crenças e os traços de personalidade (Coelho, 2009).

Para a OIT (Organização Internacional do Trabalho), 1986 os fatores psicossociais no trabalho subsistem em interações do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por um lado, e as capacidades, as necessidades, os costumes, a cultura e as condições de vida dos trabalhadores fora do trabalho, por outro lado; estes fatores são suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho (OMS,2010).

Os Riscos psicossociais, como o mobbing, o stress e o burnout, são o desafio da Segurança e Saúde no Trabalho do século XXI.

Atualmente, o mobbing é uma realidade que arrasta consigo inúmeras consequências a nível psicológico, social e físico para a vítima e para a própria empresa ou organizações. Inclusivamente, muitas vítimas procuram ajuda. No entanto, este fenómeno é muitas vezes confundido com ansiedade, ou depressão. Frequentemente, a vítima vivencia uma enorme falta de apoio e sente-se culpada, pela situação de violência que está a viver (João, 2009).

Para Vaz Serra, 2005, o mobbing é um termo anglo-saxónico que tem sido utilizado para referir uma forma particular de stress no trabalho.

O stress é um tipo particular de relação entre uma pessoa e o seu meio, marcada pela perceção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de “coping” (processo cognitivo utilizado para lidar com situações de stress e que inclui os esforços para administrar problemas no seu quotidiano) e que podem por em perigo o bem-estar do indivíduo.

Para Vaz Serra 2003, cit. in Freitas 2009, stress é quando a circunstância vivida é considerada importante para o indivíduo e este sente que não tem aptidões nem recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que a circunstância lhe estabelece, então entra em stress.

Quando o stress é elevado ao seu expoente máximo, em termos de amplitude e periodicidade, surge o que é denominado de burnout.

Freudenberger, definiu o termo “*burn-out*” como “um estado de fadiga ou de frustração surgido pela devoção por uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada”.

Maslach, 1993, cit. in Maroco e Tecedeiro, 2009, definem a síndrome de *Burnout* como uma resposta prolongada no tempo a stressores interpessoais crónicos no trabalho, composta por três dimensões chave: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoa.

Assim sendo, compreende-se, que um estudo englobando todos estes fenómenos seja pertinente, na medida em que possibilita a compreensão das condições de trabalho, permitindo perceber que intervenção pode realizar-se com vista a melhorar o ambiente organizacional e a saúde dos enfermeiros.

A realização deste estudo, sobre a temática “Riscos Psicossociais no trabalho dos Enfermeiros”, foi proposto no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, sob orientação da Professora Helena Moreira, como forma de estudar um tema pertinente e atual.

O presente estudo, tem como finalidade, atingir os seguintes objetivos:

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

Relativamente à estrutura, este estudo encontra-se dividido em duas partes essenciais: o enquadramento teórico e a investigação empírica. No enquadramento teórico apresentamos uma conceptualização sobre os Riscos Psicossociais, Mobbing Stress e Burnout. Na segunda parte, apresentamos a investigação empírica, definindo o tipo de estudo, as variáveis, a técnica de amostragem e o instrumento de colheita de dados. Por último, procederemos à análise dos dados e interpretação dos resultados, apresentando a discussão dos resultados e conseqüentes considerações finais.

Realça-se o facto de se acreditar convictamente que os resultados deste estudo servirão os interesses da Saúde Pública, mais concretamente a saúde dos Enfermeiros contribuindo para ampliar o conhecimento dos problemas de saúde, melhorando as ações de promoção e proteção da saúde, com proveito para variados grupos de pessoas, desde os próprios doentes e familiares, como os investigadores e público em geral, razão pela qual se poderá considerar um estudo significativo.



**CAPITULO I**

**ENQUADRAMENTO TEORICO**



### 1. RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

Durante as últimas décadas, mudanças significativas ocorreram no mundo do trabalho. A liberalização económica foi seguida pela difusão do livre comércio e pelo início da globalização. Tecnologias melhoradas e novos campos de crescimento (tais como o setor de tecnologia da informação) apoiam uma passagem do clássico sistema tradicional de industrialização para uma nova economia de serviços. Além disso, uma demanda crescente de clientes na qualidade dos serviços e produtos resultou numa forte concorrência entre as empresas. Neste contexto, para competir de forma mais eficaz, muitas empresas têm reestruturado a sua funcionalidade. Para tornar mais rentáveis estas reformas empresariais, as entidades patronais tendem a descuidar um pouco o aspeto humano e relacional, o que muitas vezes leva a distúrbios psicolaborais.

As questões psicossociais do ambiente de trabalho têm assumido uma atenção crescente na sociedade contemporânea. Nos países da União Europeia, a exposição a stressores psicossociais relativos ao ambiente de trabalho é relatada por uma larga proporção de empregadores, com consequências significativas para os trabalhadores, os locais de trabalho e a sociedade. Entre estas consequências apresentam-se as doenças músculo-esqueléticas, cardiovasculares, mentais, stress, *burnout*, reduzida qualidade de vida, faltas por doença, aumento da carga de trabalho e decréscimo da motivação e produtividade. Ultimamente, os países membros da União Europeia consideram os fatores psicossociais alvos de atenção “prioritária” dentro dos diversos fatores implicados no sector laboral, sendo encarados, pelos representantes dos diversos institutos europeus de âmbito laboral, como o campo de investigação mais importante no futuro (AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, 2000).

Para a OIT, 1986 os fatores psicossociais no trabalho subsistem em interações do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por um lado, e as capacidades, as necessidades, os costumes, a cultura e as condições de vida dos trabalhadores fora do trabalho, por outro lado; estes fatores são suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho (OMS,2010).

A OMS em 1981 refere que os fatores psicossociais no trabalho podem ser definidos como os fatores que influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo advêm da psicologia do indivíduo, da estrutura e da função da organização do trabalho. Incluem

aspectos sociais, tais como as formas de interação no seio dos grupos, aspectos culturais, tais como os métodos tradicionais de resolução de conflitos, e aspectos psicológicas, tais como as atitudes, as crenças e os traços de personalidade (Coelho, 2009).

MONCADA et. al (2004) definem os fatores de risco psicossocial, como aquelas características das condições de trabalho, principalmente da sua organização, que afetam a saúde das pessoas através de mecanismos psicológicos e fisiológicos aos quais também podemos chamar stress.

O ISTAS (Instituto Sindical do Trabalho, Ambiente e Saúde, Espanha), 2005, define os riscos psicossociais como sendo condições de trabalho derivadas da organização do trabalho, para as quais temos estudos científicos que demonstram que prejudicam a saúde dos trabalhadores. PSICO porque nos afetam através da psique (conjunto de atos e funções da mente) SOCIAIS porque a sua origem é social: determinadas características da organização do trabalho (Coelho, 2009).

Para a Agencia Europeia de Saúde e Segurança no trabalho, 2007, os fatores de risco emergentes que podem causar distúrbios psicolaborais são:

- Novas formas de contratos de trabalho e insegurança no emprego, que inclui os contratos precários, aumento do número trabalhadores e mão-de-obra terceirizada.
- Riscos de saúde e segurança no trabalho para os trabalhadores mais velhos;
- Intensificação da carga e números de horas laborais;
- Elevado equilíbrio emocional exigido dentro do local de trabalho;
- Fraco equilíbrio entre o trabalho e vida pessoal.

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

Na última década este método de avaliação de riscos psicossociais (COPSOQ) converteu-se num instrumento de referência a nível internacional, é uma metodologia de orientação sociotécnica que integrou contribuições fundamentais de diferentes âmbitos da investigação social e da saúde das organizações de trabalho e da prática da prevenção dos

riscos laborais. O COPSOQ foi originalmente desenvolvido na Dinamarca, é hoje em dia um instrumento presente na investigação da prevenção de riscos psicossociais nas empresas de diversos países. Podemos afirmar que o COPSOQ é uma rede de cooperação internacional da qual fazem parte equipas de investigadores europeus, americanos e asiáticos.

As variáveis que compõem o instrumento COPSOQ, segundo Kristensen, Hannerz, Hogh e Borg (2005) cit. in Silva (2008), são: **demandas psicológicas** – exigências psicológicas, quantitativas e qualitativas do trabalho; **controlo no trabalho** - margens de decisão e autonomia no trabalho, oportunidades de exercer e desenvolver habilidades, o sentido aferido ao trabalho; **apoio social** – apoio da administração da empresa e dos colegas de trabalho sobre as ações executadas; **insegurança do trabalho** - precariedade e incertezas em relação ao futuro laboral; e **satisfação no trabalho** - sentimento de contentamento com as condições de trabalho.

Os significados das subvariáveis relativas à saúde psicológica são: bem-estar geral - avaliação das condições da saúde como um todo; bem-estar psicológico: sintomas ansiosos e depressivos; vitalidade - níveis de energia disponível ou de fadiga; stress geral - condutas relacionadas ao stress, sintomas físicos (dores em geral) e sintomas cognitivos do stress (nervosismo, irritabilidade, etc.).



### 2. STRESS

Atualmente o stress é um problema muito comum e muito mais sério do que as pessoas pensam: este afeta diversas áreas da nossa vida e trás consequências desastrosas. A maioria das pessoas vive constantemente sob stress e não sabe como o evitar. De facto, são muitas as preocupações, responsabilidades e desafios do nosso quotidiano, enquanto que o tempo parece escassear face ao que precisamos fazer. Assim, o dia-a-dia de muitas pessoas é passado a correr de um lado para o outro, sem conseguirem aproveitar o que a vida tem de melhor. O stress é uma resposta do organismo ao esforço físico, psicológico e emocional. Todas as pessoas conhecem o termo stress e, como não existe uma definição exata, cada um interpreta-o de maneira diferente.

#### 2.1. CONCEITO

Para Vaz Serra 2003, cit. in Freitas 2009, stress é quando a circunstância vivida é considerada importante para o indivíduo e este sente que não tem aptidões nem recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que a circunstância lhe estabelece, então entra em stress. O stress surge quando o ser humano desenvolve a percepção de não ter controlo sobre a ocorrência. A percepção de não ter controlo pode ser real (de facto, o indivíduo não tem aptidões nem recursos pessoais e sociais que lhe permitam ultrapassar as exigências criadas pela situação) ou distorcida, isto é, o indivíduo tem aptidões e recursos mas sente subjetivamente que não são suficientes ou que não é capaz de os usar adequadamente.”

O stress é um tipo particular de relação entre uma pessoa e o seu meio, marcada pela percepção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de “coping” (processo cognitivo utilizado para lidar com situações de stress e que inclui os esforços para administrar problemas no seu quotidiano) e que podem por em perigo o bem-estar do indivíduo. O stress decorrerá então da discrepância entre o que o indivíduo sente que lhe é exigido e a percepção dos recursos que o indivíduo tem para lidar com a situação, o que é sinalizado pelo organismo, de forma global, a vários níveis: fisiológico (imunológico, hormonal, neuronal), psicológico (emocional, cognitivo e comportamental) e social (família, trabalho, comunidade). O stress é assim um fenómeno biológico, psicológico e social que afeta inevitavelmente todas as pessoas.

A palavra stress é um dos termos mais utilizados, tanto pela comunidade científica como pelo público em geral mas, no entanto, continua a não existir um significado comum unanimemente aceite. Este termo provém do verbo latim *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum* que tem como significado apertar, comprimir, restringir. A expressão existe na língua inglesa desde o século XIV sendo utilizada, durante bastante tempo, para exprimir uma *pressão* ou uma *contração* de natureza física. Apenas no século XIX o conceito se alargou para passar a significar também as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana.

Uma das primeiras definições de stress foi imanada por um médico austro-húngaro, Hans Selye, desde então, o conceito de stress tem vindo a evoluir, tendo sido definido como variável independente, dependente e como processo. Ou seja, tendo sido concebido e estudado como estímulo, como resposta ou como interação entre estímulo e resposta, sob a forma de um tipo de desequilíbrio entre a pessoa e o meio envolvente. (Pereira, 2007)

Stranks cit. in Leite e Uva (2010) enuncia diversas formas de definir o *stress*, destacando-se entre outras:

- a resposta a um “ataque”;
- uma resposta psicológica que se segue a incapacidade de “lidar” com problemas;
- a resposta frequente a alterações do ambiente.

Os termos “tensão”, “pressão” e “carga” (ou “sobrecarga”), os quais dizem respeito respetivamente a deformação sofrida por um objeto e a força externa que lhe é exercida são, muito frequentemente, utilizadas como sinónimos de *stress*.

O mesmo autor refere que a perspetiva fisiológica foi inicialmente desenvolvida pelos estudos de Hans Selye em 1956 o qual definiu *stress* como “um estado manifestado por uma síndrome – a *Síndrome Geral de Adaptação* – que consiste no conjunto de alterações não específicas que ocorrem quando um sistema biológico é exposto a estímulos adversos” O *stress* é, deste modo, tratado como uma variável dependente, correspondendo a uma resposta fisiológica não específica e generalizada ou, como atrás foi referido, uma resposta a um “ataque”. Esta “síndrome” é trifásica sendo composta pela fase de alarme (em que ocorre a ativação simpática e da medula suprarrenal), seguida de uma fase de resistência (a qual é acompanhada pela ativação do córtex da suprarrenal) dando lugar, em algumas circunstâncias, a fase de exaustão (com reativação terminal do sistema nervoso vegetativo e da medula suprarrenal).

Ainda numa perspetiva fisiológica o conceito de *stress* relaciona-se com a estratégia de adaptação do nosso organismo, devido a influências, mudanças, exigências e constrangimentos que possam surgir. Está sempre patente no nosso organismo um certo nível de *stress*, havendo contudo variações no seu grau.

Existem dois conceitos associados ao stress, o *distress* e o *eustress*. É de salientar que o *distress* não reside no facto do organismo reagir ao *stress*, mas sim no grau, frequência e duração em que este se encontra sob *stress*. Neste prisma, o *stress* tem uma conotação negativa. Todavia, os investigadores estabeleceram a distinção entre *stress* perigoso/nocivo (*distress*, sofrimento) e positivo/benéfico (*eustress*). Este último é visto como um mecanismo de adaptação, sendo assim essencial ao processo de vida (Vara, 2007 cit. in Santos 2011).

Lazarus e Folkman citados pelo mesmo autor definem stress como a relação entre o indivíduo e o meio, que é percebido por este como nefasto ou ao qual não se sente capaz de dar resposta, ameaçando o seu bem-estar. Um acontecimento precipitante é um estímulo interno ou externo que é percebido pelo indivíduo de uma determinada maneira; ou seja, a determinação se uma particular relação “pessoa/ambiente” é geradora de stress ou não depende da avaliação cognitiva da situação feita pelo indivíduo.

### 2.2. CAUSAS

As causas de stress são muito diversificadas e duas pessoas não respondem da mesma forma aos *stressores*, nomeadamente os de natureza profissional. Os agentes ou circunstâncias indutoras de reações de stress podem ser de natureza psicossocial e também de outras naturezas, tais como física, química e biológica.

As causas de stress estão muitas vezes associadas ao trabalho. Kua (2001), cit. in Leite e Uva (2010), sugere as seguintes características do ambiente de trabalho e da organização do mesmo, capazes de constituir possíveis fatores de risco de natureza psicossocial, relacionadas com o contexto profissional:

- aspetos relacionados com a cultura da organização e com a função, como sejam uma comunicação deficiente, um baixo nível de suporte para a resolução de problemas e para o desenvolvimento pessoal e a falta de definição de objetivos. O estilo de liderança de gestores e supervisores parece ter impacto no bem-estar emocional dos trabalhadores;
- a ambiguidade de papel, á qual está especialmente relacionada com a informação inadequada sobre uma função;
- o conflito de papeis, que ocorre quando um trabalhador tem que efetuar tarefas que entram em conflito com os seus valores ou quando tem que exercer vários papeis incompatíveis uns com os outros;
- funções atribuídas insuficientes, em que a organização não utiliza por completo as capacidades e/ou as competências do trabalhador;

- a responsabilidade por pessoas pode ser causa de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal;
- a insegurança no trabalho, os aspetos relacionados com a evolução na carreira, o sentido de injustiça em relação ao próprio salário e o atraso promocional podem interferir com a satisfação no trabalho e estar na génese de experiências de *stress*;
- a falta de participação na tomada de decisão relativamente ao trabalho do próprio, no que respeita ao planeamento do seu trabalho, ao controlo da sua carga de trabalho e as decisões relativamente aos problemas considerados prioritários;
- as deficientes relações interpessoais com os superiores, com os subordinados ou com os colegas;
- a exposição a violência no trabalho;
- a interface casa-trabalho, relacionada com dificuldades em conciliar os papeis profissional e familiar e a disponibilidade limitada a nível de horas de lazer para o próprio;
- o trabalho por turnos e o trabalho noturno.

### 2.3. CONSEQUÊNCIAS

Vaz serra, 2002, refere a existência de alterações em quatro áreas da vida de um individuo: alterações biológicas, cognitivas, alteração das emoções e alterações do comportamento observável.

Leite e Uva (2010), referem que, experiência de *stress* pode influenciar o modo como um individuo sente, pensa e se comporta e ainda induzir alterações na sua função fisiológica.). A maioria destas alterações é facilmente reversível, representando apenas uma ligeira disfunção e algum desconforto associado.

Os efeitos psicológicos do *stress* incluem alterações na função preceptivo-cognitiva, emocional e comportamental, muitas vezes acionadas na tentativa de lidar com a situação percebida como ameaça.

Os mesmos autores citando Pieper, Lacroix e Karasek, (1989), mencionam que os aspetos psicossociais do trabalho, em particular a latitude de decisão, podem estar relacionados com determinados fatores de risco cardiovasculares.

Os efeitos a nível social relacionam-se com a deterioração das relações interpessoais, podendo reduzir a disponibilidade do suporte social. Sintomatologia como a irritabilidade, as alterações da memória e da atenção podem estar associados aos efeitos que ocorrem a nível social (Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho, 2000).

A nível fisiológico e físico, o *stress* pode estar relacionado com disfunção do sistema neuro-endócrino alterando as funções cardiovasculares, respiratória, secretória e viscerais. Os sistemas considerados particularmente vulneráveis a reação que acompanha a experiência de *stress* incluem os sistemas cardiovascular, respiratório, endócrino, gastrointestinal, e imunitário.

Têm sido ainda encontradas associações entre experiências de *stress* e queixas a nível do sistema músculo-esquelético.

Atualmente existe também suficiente evidência científica de que a experiência de *stress* pode ser acompanhada de alterações da função imunitária (O`Leary, 1990; Herbert; Cohen, 1993; Segerstrom; Miller, 2004). Em função dos estados psicológicos que acompanham individualmente os acontecimentos de vida (ou as circunstâncias indutoras de *stress*) as alterações, mais ou menos transitórias, de alguns parâmetros imunológicos parecem ser mediadas pela ativação do sistema nervoso central, pela resposta hormonal e ainda por mudanças comportamentais.

Em relação ao comportamento observável, atualmente é admitido que o *stress* interfere com o desempenho do indivíduo; quanto maior for a sua intensidade pior o desempenho se torna.

O ser humano quando se encontra em *stress* sente dificuldade em tomar decisões e pode tornar-se:

- **Agressivo:** excitado, pronto a envolver-se em confrontos e discussões, teimoso e hostil, com respostas de comportamento irrelevantes para a resolução dos seus problemas.
- **Passivo:** deixa-se arrastar pelos acontecimentos, sem tentar resolver as suas dificuldades; isola-se e permite que a sua vida se atrase em aspetos essenciais.
- Há comportamentos que são utilizados para esbater as emoções negativas que ocorrem nas circunstâncias adversas que se podem constituir como fonte secundária de *stress*. Pode surgir o recurso a **drogas**, o consumo excessivo de **tabaco**, **café e bebidas alcoólicas** ou de **comida**.

Há repercussões sociais que são decorrentes do comportamento que o indivíduo que se sente em *stress* manifesta perante os outros. Algumas vezes dá origem a atritos, conflitos e mal-estar; outras vezes determina absentismo do trabalho. Nalguns casos podem verificar-se acidentes de viação ou com máquinas de trabalho facilitados pelas alterações das funções intelectuais que o *stress* induz. Somam-se a estes problemas os custos económicos ligados ao absentismo, ao consumo de bens de saúde ou eventuais modificações de estilo de vida.

### 2.4. STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAUDE

Regra geral, tendemos a pensar que os técnicos de saúde se destinam a cuidar das doenças dos outros. Não concebemos que eles próprios possam ser afetados por problemas de saúde, alguns dos quais mediados pelo stress.

Para Harbs, 2008 o aumento de atendimentos, as filas intermináveis, a morosidade no resultado de diagnósticos, a ausência de especialistas, a falta de camas e de outros equipamentos e materiais, acarreta um aumento da carga de trabalho aos profissionais de saúde e conseqüentemente, agrava a existência de mecanismos indutores de stress no profissional de saúde.

Marcelino, 2007 refere que diariamente, os profissionais de emergência pré-hospitalar são confrontados com situações de grande complexidade, relatando após o serviço de ambulância uma variedade de stressores, incluindo a exposição a incidentes traumáticos. Esta exposição provoca um grande desgaste físico e emocional podendo por vezes evoluir para uma situação traumática, que leva facilmente ao desenvolvimento da Perturbação Pós-Stress Traumático.

BIANCHI, 2006, cit. in Harbs, 2008 menciona que vários autores consideraram a Enfermagem como uma profissão estressante, devido à vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo da doença

Nas unidades de emergência e exigido do enfermeiro, aumento da carga de trabalho e maior especificidade nas suas ações na prestação de suas tarefas. Os maiores stressores citados nesta área são: numero reduzido de funcionários; falta de apoio institucional e profissional; carga de trabalho; necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido; indefinição do papel do profissional; descontentamento com o trabalho; falta de experiencia por parte dos supervisores; falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço; relacionamento com os familiares; ambiente físico das unidades; tecnologia de equipamentos; assistência ao paciente e situação de alerta constante, devido a dinâmica do setor.

MARTINO, 2004, citado também por Harbs, 2008 acrescenta que ainda existe a dupla jornada de trabalho, os profissionais da enfermagem se obrigam a trabalhar em mais de uma instituição para aumento da renda familiar, além disso, o trabalho por turnos é uma característica da enfermagem, uma vez que a assistência é prestada 24 horas, esta condição obriga que o profissional trabalhe á noite, nos fins-de-semana e feriados, limitando assim, sua vida social. Todos estes fatores aumentam o risco de stress.

Segundo Frasquilho, 2005, há um crescente número de médicos em sofrimento, doentes por motivos relacionados com a profissão. Para o mesmo autor, comparados com gestores, os médicos têm um nível superior das hormonas de *stress*. Em relação aos médicos dentistas e profissionais de direito, apresentam aumento na incidência de enfarte de miocárdio e angina e morrem mais precocemente.

O stress médico alastra à vida familiar. Os médicos têm frequente conflitualidade familiar e divorciam-se vinte vezes mais do que a população geral.

A doença psiquiátrica em médicos tem uma prevalência superior à da população geral; 47% têm um rastreio positivo para doença mental lata e 29% sintomas clínicos de depressão.

Center *et al.*, 2004, cit. in Frasquilho, 2005 relata que a taxa de suicídio é mais elevada nos médicos do que na população geral. Os suicídios representam 38% das mortes prematuras em médicos e são quatro vezes superiores nas mulheres relativamente à população geral.

A Associação de Medicina Britânica (1992), cit. in Vaz Serra, 2002 menciona que as situações suscetíveis de induzirem stress nos médicos podem corresponder a cinco categorias relacionadas com:

1. Emprego;
2. A estrutura e o clima da organização onde trabalha;
3. A evolução da carreira;
4. O papel dentro da organização;
5. As relações de trabalho com superiores, colegas e subordinados.

Vaz Serra, 2002 diz que o consumo de álcool, nos médicos, é frequentemente utilizado como mecanismo redutor dos estados de tensão emocional, o abuso das bebidas alcoólicas é usualmente considerado como um indicador de stress. Igualmente suspeitos são o consumo de drogas ilícitas, de psicofármacos e o abuso do tabaco.

Silva e Gomes (2009), num estudo para avaliar os níveis de stress entre médicos e enfermeiros, referem que 15% e 56% dos participantes terem manifestaram elevados e baixos níveis de stress, respetivamente.

Marcelino e Figueiras (2007), ao estudarem uma população de profissionais da emergência pré-hospitalar relatam que 64% dos indivíduos apresentam sintomas de perturbações pós stress traumático.



### 3. MOBING

O mobbing, o assédio moral, também conhecido como Bullying, Psychological Harassment, Emotional Abuse, Bossing Victimization, Psychological Violence, Harcèlement Moral, Harcèlement Psychologique, Acoso Moral, entre outros, é um fenómeno que vem crescendo em todo o mundo.

#### 3.1. CONCEITO

O mobbing ou assédio moral no trabalho, não é um fenómeno recente, mas algo que começou desde que existe o trabalho e relações laborais. No entanto o primeiro estudo sobre esta temática apenas foi realizado na década de 80 do século XX, por Heinz, um médico e investigador alemão que pela primeira vez usou este termo.

Leymann cit. in Vaz Serra (2005), define mobbing, como uma interação social hostil, não-ética que, no ambiente de trabalho, é intencionalmente manifestada de uma forma sistemática, por uma ou mais pessoas (raramente mais do que quatro pessoas) contra dado trabalhador (raramente mais do que um), usualmente por tempo prolongado levando, por isso, á sua vitimização. A continuação dos comportamentos de mobbing, deixa o indivíduo que deles é alvo, numa situação de desespero, sem defesas e com um risco potencial de expulsão do seu emprego. Os estudos realizados nesta área só consideram que existe mobbing quando a frequência das ações hostis se observa pelo menos uma vez por semana, com uma duração mínima de seis meses. Os trabalhos efetuados revelam que, em casos destes, o comportamento hostil se pode arrastar por anos seguidos.

Para Hirigoyen (2002), o assédio no local de trabalho compreende toda e qualquer conduta abusiva que se manifesta especialmente por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos, que possam atingir a personalidade, a dignidade ou a integridade física ou psicológica de uma pessoa, pôr em perigo o emprego desta ou degradar o clima de trabalho. Esta guerra psicológica no local de trabalho encerra dois fenómenos:

- o abuso de poder, que é logo desmascarado e não forçosamente aceite pelos assalariados;
- a manipulação perversa, mais insidiosa a pôr-se em ação e que ainda faz mais estragos.

O assédio nasce de maneira anódina e propaga-se insidiosamente. Num primeiro tempo, as pessoas atingidas não querem ofender-se e consideram sem importância pequenos ditos maliciosos e humilhações. Depois, esses ataques multiplicam-se e a vítima é regularmente encurralada, inferiorizada, submetida a manobras hostis e degradantes durante um longo período. De todas essas agressões, a pessoa não morre diretamente, mas perde uma parte de si mesma. Volta ao fim de cada dia usada, humilhada, arrasada.

De acordo com Piñuel (2003), o mobbing é definido como o contínuo e deliberado mau trato físico e verbal, que um trabalhador recebe, por parte de outro ou outros, que se comportam de uma forma cruel com vista a alcançar a sua aniquilação ou destruição psicológica. O objectivo é que este saia da sua organização, através de procedimentos legais e ilícitos, que atentam contra a dignidade do trabalhador.

O termo mobbing tem portanto um substrato ético que se refere à falta de consideração pela dignidade do trabalhador, como um elemento relevante e substancial da relação laboral.

Esta situação de stress no trabalho é particularmente lesiva da auto-estima do indivíduo. A pessoa sente-se perturbada, ameaçada, humilhada, vulnerável e perde a sua autoconfiança. Sente-se desesperada e sem defesas. Uma situação de mobbing deve ser considerada uma circunstância grave indutora de stress, em que o indivíduo sente que não tem capacidade de controlo para eliminar ou alterar as circunstâncias de que está a ser vítima. Este facto pode ter consequências muito graves para a saúde física e mental do ser humano e ainda repercussões importantes em relação ao emprego, condições sociais e económicas.

### 3.2. EPIDEMIOLOGIA

Loraleigh Keashly cit in Vaz Serra (2005), refere que na última década a violência e o assédio no local de trabalho têm vindo a ganhar, tanto em termos públicos como de investigação, uma atenção progressivamente crescente. A autora salienta que a maioria do interesse tem sido focada em formas mais extremas de violência física, tais como o suicídio e, em menor grau, o assédio sexual e a discriminação racial no ambiente de trabalho.

Keashly refere que as pesquisas mais recentes nos locais de trabalho mostram que há uma outra forma de violência que é mais frequente, tem efeitos semelhantes à violência física, sexual e racial, embora apareça sob uma forma socialmente mais aceitável. Menciona diversos tipos de comportamento, de intimidação psicológica, com graves repercussões sobre a saúde física e mental do indivíduo e que habitualmente são abrangidos pelo termo *Mobbing*, embora aquela cientista tenha preferência por outra designação, Abuso emocional

no local de trabalho.

Vaz Serra (2005) citando Sutherland e Cooper, refere que os níveis de violência no local de trabalho têm vindo gradualmente a aumentar. Segundo estes cientistas, num estudo realizado em 1996 na União Europeia, concluiu-se que 6 milhões de trabalhadores foram vítimas de violência física e 12 milhões foram sujeitos a intimidação e violência psicológica.

Investigações realizadas na Suécia nos anos 90 levaram a considerar que 3,5% da força de trabalho é vítima de *Mobbing*. Traduzindo o facto em números mais explícitos, podemos referir que, em 4,4 milhões de pessoas, há cerca de 154.000 vítimas.

De acordo com o Anuário Estatístico de Portugal, (INE) no ano de 2010 existia um total de 5.567.700 indivíduos como população activa trabalhadora. Se aplicarmos o mesmo valor percentual verificamos que em Portugal devem existir cerca de 194.869 pessoas vítimas de *Mobbing*.

Andy Ellis, citado por Vaz Serra (2005), salienta que no Reino Unido, em estudos realizados em 1994 pela Staffordshire University Business School, foi verificado que 1 em cada 2 trabalhadores foi vítima de *Mobbing* ao longo da vida.

As pessoas mais expostas são as que se encontram entre os 21 e os 40 anos. Contudo, as consequências são mais graves e prolongadas nas pessoas com mais idade

Segundo Hirigoyen (1999), alguns estudos realizados em França, revelam números de 9 a 10% de pessoas alvo de *mobbing*. Um estudo feito em Estrasburgo dá a revelar uma incidência de 9,6% e um outro realizado na região PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) mostra resultados na ordem dos 8,4%

Piñuel, 2003, refere que em Espanha, as estatísticas apontam para dados assustadores, em que 9 a 16% dos trabalhadores, referem ter sido alvos de comportamentos de *mobbing*.

### 3.3. CAUSAS

Para Sutherland e Cooper cit. in Vaz Serra (2005), este tipo de comportamento pode tornar-se mais evidente no local de trabalho quando, numa empresa:

- Existe um ambiente extremamente competitivo, há insegurança no emprego e a pessoa tem receio de vir a perder o seu posto de trabalho.
- Há mudanças na organização que dão origem a incertezas
- Ocorre uma exigência e sobrecarga excessiva de trabalho, com objetivos a atingir com limites de tempos impossíveis de serem alcançados.

Os mesmos autores referem que uma cultura de autoritarismo, relações de trabalho pobres e uma falta de códigos claros de condutas aceitáveis também o propiciam.

O Mobbing é, frequentemente, insidioso e subtil, o que determina a que a vítima não tenha testemunhas dos factos. Também pode acontecer que quando existem testemunhas estas têm usualmente medo de a apoiar. Por sua vez, a vítima costuma ter receio de fazer qualquer queixa, com medo de que não a acreditem ou que as suas condições se venham a tomar ainda piores.

Davenport, Schwartz e Elliott (1999) cit. in Vaz Serra (2005), referem que os comportamentos de *Mobbing* surgem devido à interação de cinco elementos que mutuamente se relacionam e se reforçam, cada qual desempenhando o seu papel:

- A psicologia característica dos agressores e as circunstâncias em que o fazem.
- A cultura e a estrutura da organização da empresa.
- A psicologia, personalidade e circunstâncias da vítima.
- Um acontecimento desencadeador, um conflito ou fatores exteriores à instituição.
- Valores e normas do país em relação ao trabalho.

Passamos a caracterizar de forma sucinta cada um destes elementos.

### **As características dos agressores**

De acordo com Davenport *et al.* cit. in Vaz Serra (2005) a personalidade do agressor tem sido descrita como excessivamente controladora e com desejo de poder. Uma pessoa ambiciosa, com grande necessidade de protagonismo, com gosto em mostrar uma auto-imagem que sobressaia perante os outros está facilmente predistosta a rebaixar terceiros. Muitos dos seus actos, são ditados por inveja e ciúme; derivados de sentimentos de insegurança e de medo. Medo. e insegurança a respeito da sua reputação ou posição que os leva a denegrirem outra pessoa.

Com base num trabalho de Leymann citado por Vaz Serra (2005) realçam-se que há quatro motivos que incentivam o agressor a evidenciar estes comportamentos. Um deles, para forçar alguém a seguir as normas ditadas por dado grupo. Outro, para revelar abertamente a sua animosidade e eliminar aqueles de quem não gosta. Um outro motivo, deriva do prazer que sentem com o tormento que infligem. Finalmente, procedem assim porque não gostam de alguém devido a qualquer característica relacionada com a sua situação social ou étnica.

O agressor raramente actua de forma isolada, por diversas circunstâncias. Segundo Davenport *et al.* (1999), cit. in Vaz Serra (2005). Uma delas porque, se agirem em grupo, estão melhor defendidos da crítica de que possam vir a ser alvo se atuarem sozinhos. Por outro lado, a sua própria insegurança leva-os a sentirem maior apoio se agirem em grupo.

No seu estudo Ângelo Soares (2002), cit. in Vaz Serra (2005) verificou que 31 % dos agressores correspondia a um colega de trabalho; 22,4% a um superior hierárquico e 22% a vários colegas. Havia ainda outras situações, cujas percentagens não eram tão salientes como as indicadas.

### **A cultura e a estrutura da organização da empresa**

Davenport, já anteriormente citado, refere que o *Mobbing* pode ocorrer em qualquer local de trabalho, em todo o tipo de instituições. Pode surgir tanto em grandes como pequenas empresas, em instituições governamentais, de saúde, de educação e também em instituições sem fins lucrativos. As organizações mais pequenas e sem fins lucrativos podem ser mais vulneráveis a comportamentos de *Mobbing*. Como factor causal é assinalado que nestas organizações se encontram pessoas pouco versadas em gestão e sobre as quais recai uma pressão muito grande para busca de recursos económicos. De qualquer forma o *Mobbing* parece prevalecer com consequências mais graves nas instituições de cuidados de saúde e de educação.

A autora assinala diversos factores da organização de uma empresa que têm importância neste ponto de vista:

### **As características das vítimas**

Os investigadores têm debatido a questão se há qualquer coisa no passado do indivíduo, no comportamento, nas atitudes no carácter ou nas circunstâncias que predisponham a ser vítima de *Mobbing*. Todavia na literatura sobre este assunto, não há evidência de algum dos aspectos mencionados que justifique o facto.

Há no entanto autores que têm encontrado a presença de características de personalidade nas vítimas de *Mobbing* que as diferencia das outras pessoas.

Coyne, Seigne e Randall (2000), compararam o tipo de personalidade de 60 vítimas de *Mobbing* com o tipo de personalidade de 60 colegas de trabalho que nunca tinham sido vítimas, em duas grandes organizações, uma pública e outra privada. Os dois grupos completaram uma entrevista semi-estruturada e o ICES Personality Inventory, de Bartram (1994, 1998). Comprovaram que emergiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Em comparação com o grupo de controlo, as vítimas de *Mobbing* tendiam a ser menos independentes e extrovertidas, menos estáveis e mais conscienciosas. Os achados sugerem, segundo os autores, que os traços de personalidade de um trabalhador

podem dar uma indicação daqueles que numa organização estão mais predispostos a serem vítimas de Mobbing (Vaz Serra, 2005).

Jennifer, Cowie e Ananiadou (2003) estudaram 677 trabalhadores colocados em diversos tipos de empresas e desempenhando funções correspondentes a várias categorias profissionais. Todos responderam ao "Workplace Relationships Questionnaire", que permite identificar aqueles que passaram por situações de Mobbing e as perceções que tiveram das condições sociais e de organização do trabalho. Embora tenham identificado vítimas e não vítimas de Mobbing comprovaram igualmente a existência de uma terceira categoria: trabalhadores que passaram por experiências de Mobbing mas que não se tomaram vítimas. O facto parece significar que há diferenças pessoais que permitem sobreviver ou "naufragar" perante uma, situação de Mobbing (Vaz Serra, 2005).

De acordo com João (2009) a vítima de mobbing é normalmente, alguém responsável, bem-educado e possuidor de qualidades profissionais e morais. Aliás, são essas as qualidades, que o agressor tenta "roubar". As manobras perversas reduzem a autoestima, confundem e levam à perda da autoconfiança e à culpabilização.

### **Origem do mobbing**

Davenport (1999) cit. in Vaz Serra (2005) refere, que o ciclo do Mobbing se gera através de uma discordância ou um conflito entre duas pessoas. Mas acrescentam a este respeito: "Na maioria dos casos, contudo, o acontecimento é virtualmente irrelevante. Não importa a causa do conflito, se surge de uma discordância sobre um procedimento de trabalho, de uma falta de reconhecimento, de uma descortesia... de um novo chefe ou colega de trabalho, de um choque entre pessoas ou valores. O acontecimento torna-se uma desculpa para desencadear o processo de Mobbing".

O que se torna importante, mencionam as autoras, é que a causa do conflito não é abordada abertamente e com rigor e os assuntos a que diz respeito não são lidados adequadamente. Desta forma o conflito mantém-se e vai-se agravando na medida em que a vítima não encontra ninguém dentro da organização para abordar e tratar do assunto. Uma cultura dentro da organização que evite a abordagem dos conflitos ou a presença de um supervisor que não gosta de lidar com um conflito de uma forma compreensiva e cooperante, constitui uma primeira razão para desencadear o ciclo do Mobbing.

Os valores e normas de uma sociedade, salienta Davenport (1999) a sua estrutura económica e filosofia influenciam a cultura de uma organização. Assim, se o êxito é apenas medido em termos económicos ou se a violência é glorificada pode influenciar negativamente os comportamentos das pessoas que trabalham nas empresas. Uma

economia que apenas tem em conta os aspectos competitivos e apenas se interessa pelos resultados finais facilmente considera os trabalhadores como dispensáveis. O termo força de trabalho é tão comum que pouca gente pensa no facto que é constituída por seres humanos. O mesmo acontece com a expressão recursos humanos. Transparece como um eufemismo em que os seres humanos são considerados recursos tais como o dinheiro ou a tecnologia e não como seres criativos que desempenham uma tarefa para a sua própria realização pessoal (Vaz Serra, 2005).

### 3.4. CONSEQUÊNCIAS

Um indivíduo que se torne vítima das circunstâncias descritas passa a sentir um mal-estar crescente que se vai reflectir negativamente na sua produtividade, na saúde física e mental e igualmente na vida social.

Mikkelsen e Einersen, citados por Vaz Serra (2005), ao estudarem 224 trabalhadores de uma empresa dinamarquesa comprovaram que a exposição a comportamentos de mobbing estava associada com um aumento de problemas de saúde mental, aumento de queixas psicossomáticas e um nível elevado de um estado de afetividade negativa. A exposição a tais comportamentos explicava 27% da variância das queixas da saúde psicológica e 10% da variância das queixas psicossomáticas.

Além dos aspetos mencionados, o trabalhador, vítima de Mobbing, começa a manifestar uma menor produtividade; fica mais propenso a ter acidentes de trabalho; devido ao seu mal-estar solícita baixas por motivo de doença, durante as quais procura recuperar das pressões a que tem sido submetido.

A nível do ambiente de trabalho é frequente espalhar-se o boato sobre a vítima de que é “pessoa difícil” ou de que sofre de “doença mental”. A partir de então entra numa fase crítica, de resolução cada vez mais complexa.

Se esta situação se prolonga por demasiado tempo é frequente a pessoa deprimir-se. O processo termina quando o ser humano passa a uma situação de reforma ou é negociada uma saída voluntária ou involuntária do local de trabalho. Se ao sair o indivíduo se encontra na meia-idade torna-se-lhe muito difícil ter de novo ingresso no mercado de trabalho.

João, Ana Lucia (2009), citando Piñuel: refere que de acordo com um estudo realizado com 35<sup>o</sup> vítimas de violência no trabalho, pela Universidade de Alcalá, foram estabelecidos seis grupos de efeitos perniciosos na saúde das vítimas.

1). Efeitos cognitivos e hiper-reação psíquica: esquecimento e perdas de memória, dificuldades de concentração, abatimento/depressão, apatia/falta de iniciativa, irritabilidade,

inquietação/nervosismo/inquietação, agressividade/ataques de raiva, sentimentos de insegurança e hipersensibilidade às demoras.

2). Sintomas psicossomáticos de stress: pesadelos, dores de estômago e abdominais, diarreias/problemas intestinais, vômitos, náuseas, falta de apetite, sensação de nó na garganta, choro e isolamento.

3). Sintomas de desajuste do sistema nervoso autónomo: dores no peito, sudorese, secura da boca, palpitações, sensação de falta de ar e hipertensão/hipotensão.

4). Sintomas de desgaste físico provocado por um stress mantido durante muito tempo: dores nas costas, dorsais e lombares, dores cervicais e dores musculares.

5). Transtornos do sono: dificuldade para conciliar o sono, sono interrompido, despertar antecipado.

6). Cansaço e fraqueza: fadiga crónica, fraqueza nas pernas, debilidade, desmaios, tremores.

### 3.5. MOBBING NOS PROFISSIONAIS DE SAUDE

O mobbing é uma realidade presente em todo o mundo, em todas as profissões, e consequentemente, os profissionais da área da saúde estão também incluídos.

Hirigoyen, (2002), refere um estudo realizado a mais de 1000 prestadores de cuidados de um serviço de saúde comunitária, no sudoeste de Inglaterra, que demonstra que 38% dos prestadores de cuidados médicos, administrativos e pessoal não qualificado, sofreram uma ou mais formas de assédio moral e 42% foram testemunhas de comportamentos tirânicos para com colegas.

A mesma autora refere que as condições de trabalho nesta area são especialmente difíceis, tanto no plano físico como no plano psíquico. É confiado ao pessoal médico, supostamente treinado para isso e capaz de guardar a necessária distância, a gestão de sofrimento, da doença e da morte.

Hirigoyen refere ainda que, os hospitais tornaram-se uma empresa em que a carga de trabalho aumentou. Os progressos tecnológicos criaram núcleos técnicos de grande desempenho, os quais criam um stress suplementar ao pessoal hospitalar. Como em toda a parte, há que aumentar a produtividade, ter em atenção as condicionantes económicas e melhorar o atendimento dos doentes.

O contato com a doença e a morte afeta os prestadores de cuidados, que reagem como podem, por vezes com defesas cínicas. Alguns desmotivam-se. Nestes casos, manifestam uma grande falta de interesse pelo doente, um recuo para as atividades mais rotineiras e deixam que negligências ou mesmo que violências se instalem.

Na Noruega, num estudo realizado por Einarsen, Matthiesen, & Skogstad, 1998, com 745 enfermeiros, verificou-se haver uma associação positiva entre *bullying* e *burnout*, sobreposta a uma diminuição do bem-estar psicológico e da satisfação profissional (Sá, 2007).

O mesmo autor citando Ferrinho [et. al], 2003 refere que em Portugal os poucos dados disponíveis são referentes também ao sector da saúde. Os tipos de violência mais frequentes (física e psicológica) foram a violência verbal, seguidos do *bullying/mobbing*, discriminação, violência física e assédio sexual, as vítimas são maioritariamente do sexo feminino e os enfermeiros são o grupo profissional em que a prevalência dos diferentes tipos de violência é maior.

Carvalho, 2009, refere que a profissão de enfermagem constitui um potencial risco para o aparecimento de mobbing, uma vez que os enfermeiros trabalham em equipas multidisciplinares, sob stress constante, não só por causa dos doentes como também pela relação com a equipa (gestão de conflitos). Em contexto de enfermagem, vive-se constantemente a precaridade de recursos humanos e/ou materiais, a rotina, o trabalho por turnos, o ritmo de trabalho exigente, a pouca autonomia, entre outros, que representam alguns dos fatores desencadeantes de mobbing.



#### 4. BURNOUT

O *burnout* é um processo de resposta ao *stress* laboral crónico, em que as principais manifestações são a exaustão emocional e física, o cinismo e a ineficácia profissional, e cujas consequências se refletem negativamente a nível individual, familiar, social e profissional.

##### 4.1. CONCEITO

Freudenberguer, médico psiquiatra norte-americano, foi quem pela primeira vez se referiu ao *burnout* como uma síndrome que ele acreditava ser comum aos profissionais de saúde. Como psiquiatra registou que os profissionais que trabalhavam com viciados em drogas, experienciavam uma perda gradual de energia, de motivação e comprometimento, acompanhada por uma variedade de sintomas mentais e físicos. A este estado específico de exaustão Freudenberguer atribuiu o termo "*burn-out*".

Identificava-o como o resultado da relação que se estabelece entre o trabalho e o indivíduo. A desproporção entre os esforços realizados e os resultados obtidos, não satisfazendo as expectativas pessoais, estaria na origem da síndrome de burnout.

Em 1974, Freudenberguer num artigo publicado no *Journal of Social Issues*, definiu o termo "*burn-out*" como "um estado de fadiga ou de frustração surgido pela devoção por uma causa, por uma forma de vida ou por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada".

Nessa época e aparentemente sem qualquer relação, Christina Maslach, uma investigadora da área da psicologia social, inicia também os seus estudos na área do *burnout*. O seu trabalho, no estado da Califórnia, EUA, baseava-se, nas formas através das quais os profissionais de saúde seriam cúmplices com o emergir de emoções no trabalho. Observou que muitos profissionais, emocionalmente exaustos, desenvolviam percepções negativas acerca dos seus doentes e experienciavam uma diminuição (falha) na sua competência profissional (Sá, 2002)

Maslach, 1993, cit. in Maroco e Tecedeiro, 2009, definem a síndrome de *Burnout* como uma resposta prolongada no tempo a stressores interpessoais crónicos no trabalho, composta por três dimensões chave: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal

O termo *burnout* é, segundo Shaufeli (1999), "uma metáfora que descreve um estado de esgotamento, semelhante ao esmorecer de uma fogueira ou ao extinguir de uma vela" (Sá, 2002).

Inicialmente considerou-se que esta síndrome psicológica era específica daqueles que trabalhavam em profissões de “ajuda” ou apoio a outras pessoas (por exemplo, médicos, advogados, psicólogos, professores, etc.).

Leiter & Schaufeli, 1996, cit. in, Meireles [et al], 2008 referem que o desenvolvimento das pesquisas sobre o *burnout* mostrou não haver razão para restringir esta síndrome aos domínios profissionais de apoio a outras pessoas, alargando-a a todas as atividades profissionais. Este alargamento implicou mudanças nas designações das dimensões do *burnout*. Fora das profissões de ajuda, a exaustão emocional passou a ser designada simplesmente por exaustão, a despersonalização passou a chamar-se cinismo e a realização pessoal transformou-se em eficácia profissional. O conceito de *burnout* tem também sido aplicado a pessoas envolvidas em atividades que, não sendo profissões propriamente ditas, partilham com elas alguns pontos comuns, como é o caso de mães a tempo inteiro.

### 4.2. SINTOMAS

A maioria dos autores considera que o *burnout* se manifesta pela exaustão psicológica e/ou fisiológica, respostas negativas face aos outros, face a si próprio e face às suas realizações pessoais, sendo o *burnout* a resposta a tensões emocionais dos profissionais que trabalham com pessoas. É também salientado, em quase todas as definições que é um estado de fadiga ou desgaste emocional, que surge nas pessoas em início da sua atividade profissional com altos ideais e empenhamento, sendo substituído gradualmente, na falta de um *feedback* positivo, pela desilusão.

Foram identificados vários sintomas de *burnout*, especialmente na fase da abordagem clínica iniciada por Freudenberg em 1974. Em 1992, Schaufeli e Enzmann, enumeram cerca de 130 sintomas possíveis que foram associados ao *burnout*, variando entre a ansiedade e a falta de zelo. São distinguidos cinco grupos de sintomas: afetivo (ex.: mau humor, exaustão emocional); cognitivo (ex.: dificuldade de concentração); físico (ex.: cefaleias, problemas gástricos); comportamental (ex.: baixo nível de desempenho); motivacional (ex.: perda de ideais). Estes sintomas à exceção do aspeto motivacional são, em muito, idênticos à sintomatologia de stresse (Sá, 2002).

Tendo por base a definição de Maslach divulgada sobretudo pelo questionário de auto registo de *burnout*, o "Maslach *burnout* inventory" (MBI), descreve os seguintes sintomas:

A **exaustão emocional** refere-se à perda ou desgaste de recursos emocionais e ao sentimento de que nada se tem para oferecer aos outros. É a componente fundamental e mais importante do *burnout* e pode ter manifestações físicas e psíquicas.

A **despersonalização** indica o desenvolvimento de atitudes negativas e insensíveis para com os destinatários ou recetores dos serviços que se prestam. O termo despersonalização pode aparentemente causar alguma confusão. Em psiquiatria, o termo denota uma alienação de si e do mundo. A despersonalização a que Maslach se refere é, no entanto, a percepção de uma atitude impessoal, de indiferença, desumanizante e de distanciamento emocional dos sujeitos a quem são prestados os serviços (alunos, doentes, etc.).

A **falta de realização pessoal** é a percepção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca uma diminuição das expectativas pessoais, implicando uma autoavaliação negativa, onde se inclui a não-aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa de autoestima.

### 4.3. CONSEQUENCIAS

Maslach, Jackson e Leiter 1996, cit. in Santos, 2011, descrevem as consequências do *burnout* como sendo potencialmente muito sérias para os trabalhadores, para os clientes/utentes e para a organização em geral. São inúmeras as consequências para esta síndrome: o aparecimento de problemas físicos (enxaquecas, problemas gastrointestinais, pressão arterial elevada, tensão muscular e fadiga crónica), problemas mentais (ansiedade, depressão e distúrbios do sono), problemas de relacionamento familiar e social, vontade de desistir do emprego, diminuição de tempo e de energia despendida, absentismo, diminuição da autoestima, diminuição da criatividade, assim como a diminuição do orgulho de exercer algumas funções.

Para Loureiro et al, 2008, as consequências desta síndrome vão evidenciar-se principalmente a três níveis organizacional, individual e sócio relacional.

Gil-Monte (2003) cit. in Fonte (2011), resume as manifestações do burnout em quatro grandes categorias:

1. **Os sintomas emocionais:** uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade e de impotência ou onnipotência.

2. **Os sintomas atitudinais:** desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia e hostilidade.

3. **Os sintomas comportamentais:** agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade.

4. **Os sintomas psicossomáticos:** alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão, etc.), problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar, etc.), problemas imunológicos (aumento da frequência de infeções, alergias, etc.), problemas sexuais

(diminuição da libido), digestivos (ulceras, náuseas, diarreias, etc.), musculares (dores de costas, fadiga, etc.) e alterações no sistema nervoso (enxaquecas, insónia, etc.).

Maroco, 2009, refere que o *Burnout* está na origem de um importante sofrimento pessoal manifestado através de sinais psicossociais tão diversos quanto o consumo excessivo de medicamentos, álcool e outras substâncias psicotrópicas, quebra de produtividade, aumento do absentismo, baixas médicas prolongadas, reformas antecipadas, episódios depressivos graves, perturbações psicossomáticas graves.

#### 4.4. BURNOUT NOS PROFISSIONAIS DE SAUDE

A maioria dos autores considera o *burnout* uma síndrome característica das profissões de ajuda: aquelas cujo núcleo central do trabalho é prestar serviços humanos diretos e de grande relevância para os que os recebem. É característico dos indivíduos que trabalham com pessoas.

Garcia (1990), cit. in Sá, 2002 considera profissões de especial risco aquelas que lidam intensa e intimamente com pessoas que sofrem de graves problemas físicos, mentais e sociais (profissões que implicam uma relação interpessoal de ajuda, de ensino, conselho e repressão).

Melo, Gomes & Cruz, 1997, cit. in Santos, 2011, dizem que o facto de terem que lidar com as pessoas face-a-face tem sido estudado em diversas profissões como sendo um aspeto fulcral na procedência da exaustão emocional e esgotamento. A deficiência, lesões graves, sofrimento e dor física e, por vezes, a morte são situações que os profissionais de saúde se deparam no seu quotidiano e que podem aumentar a sua suscetibilidade para o *burnout*.

O mesmo autor citando Jiménez e Puente, 1999, considera a elevada sobrecarga de trabalho, a inadequação dos recursos, a comunicação de más notícias, as necessidades emocionais dos pacientes, o seu grau de dependência, o sentimento de inutilidade e, principalmente, a preocupação e medo de má prática ou acusação de negligencia como fontes de *stress*.

O relacionamento direto com a doença, a dependência, a morte, e sobretudo o sofrimento crónico é esgotante para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, dado que o relacionamento enfermeiro doente se torna, na maioria das vezes, assimétrico. Falamos dos que ajudam e dos que recebem. O enfermeiro dá e o doente recebe. Este relacionamento desigual pode, de alguma forma, explicar o esgotamento emocional a que os enfermeiros estão expostos. É como se a pessoa que presta ajuda fosse "esvaziada" por dar mais do que recebe.

Aos profissionais de saúde são-lhe estabelecidas, metas profissionais muito elevadas, salvar vidas, sendo geralmente confrontados com o facto de que este objetivo pode não estar ao seu alcance. Com o avançar do tempo, e avanço tecnologia tecnologia avança e é pedida à classe dos médicos e dos enfermeiros que tomem mais decisões para salvaguardar a vida dos utentes e em simultâneo espera extrair um elevado preço por um hipotético equívoco. A imagem, que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) criam acerca de si próprios, consiste na satisfação de alcançar as metas pretendidas e demonstrar as suas competências profissionais aos seus pacientes. Tanto os pacientes como os outros profissionais contribuem para enaltecer a sua imagem como identidade profissional.

A OMS tem alertado as autoridades governativas dos países europeus para a gravidade do problema que constitui o *burnout* no pessoal dos serviços de saúde. Num relatório de 1999 sobre a prevenção primária dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais é referido que, de uma forma geral, dentro das diferentes categorias profissionais que exercem a sua atividade na área da prestação de cuidados, os sintomas de esgotamento emocional (*burnout*) apresentam frequência máxima no pessoal de enfermagem (Sá, 2002).

A carência de realização pessoal no trabalho constitui-se como a tendência dos profissionais a avaliar-se negativamente e, de forma especial, essa avaliação negativa afeta a habilidade na realização do trabalho e na relação com os utentes.

Sá (2002), ao estudar uma amostra de enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem oncológica, mostra os seguintes resultados: 23% apresenta exaustão emocional, 4,4% refere despersonalização e 35,5% revela falta de realização pessoal.

Silva e Gomes (2009), no seu estudo, referem que 6% dos indivíduos inquiridos (médicos e enfermeiros), apresentam sinais de exaustão emocional.

Num estudo realizado na Turquia, sobre stress em trabalhadores de um serviço de emergência, Kalemoglu e Keskin (2006), apresentam resultados mais assustadores, 44,7% dos indivíduos revelam exaustão emocional, 33,2% referem despersonalização e 28% mencionam falta de realização pessoal.



**CAPITULO II**

**ESTUDO EMPIRICO**



## 1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O capítulo da metodologia é um processo lógico que explana as diversas fases do processo de investigação para chegar ao conhecimento ou à demonstração da verdade.

Os elementos constituintes são:

- Conceptualização e objetivos do estudo.
- Formulação de hipóteses,
- Determinação da amostra,
- Definição de variáveis,
- Descrição do instrumento de colheita de dados,
- Procedimentos desenvolvidos e previsão do tratamento estatístico.

### 1.1. CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A sociedade atual faz parte de um mundo em constantes mudanças, nas suas diversas áreas, política, social, económica entre outras. Estas alterações afetam cada pessoa, na sua singular qualidade de vida, relações interpessoais e nos seus diferentes papéis desempenhados na sociedade.

O mundo do trabalho, enquanto constituinte deste mundo global, não foge á regra e sofre as conseqüentes alterações advindas das outras áreas referidas anteriormente. Várias são as entidades preocupadas com a área do trabalho, como a OMS - Organização Mundial de Saúde - e a OIT - Organização Internacional do Trabalho -, nas quais se discute sobre a interferência que os fatores psicossociais, fruto da interação entre o indivíduo e seu meio, exercem sobre a atividade profissional e, por consequência, sobre a saúde.

Devido a esta conjuntura de situações, penso que é de extrema importância aprofundar conhecimentos sobre estes fatores psicológicos e sociais e as suas conseqüentes alterações na funcionalidade laboral.

O presente estudo, sobre riscos psicossociais no trabalho tem como finalidade os seguintes objetivos:

- Descrever as características sociodemográficas dos enfermeiros;
- Descrever as características socioprofissionais dos enfermeiros;
- Avaliar a satisfação com a vida social dos enfermeiros;
- Caracterizar o auto conceito dos enfermeiros;

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

Ao procurar estudar as relações existentes entre estas variáveis, partiu-se do princípio de que os fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros (variável dependente) são influenciados pelas variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e psicológicas.

A representação gráfica do desenho de investigação permite-nos observar como se relacionam as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas); socioprofissionais (tipo de vínculo, anos de serviço, exercício de funções de chefia, local onde exerce funções, exigências da atividade) e psicológicas (satisfação com o suporte social e auto conceito) e os fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho.

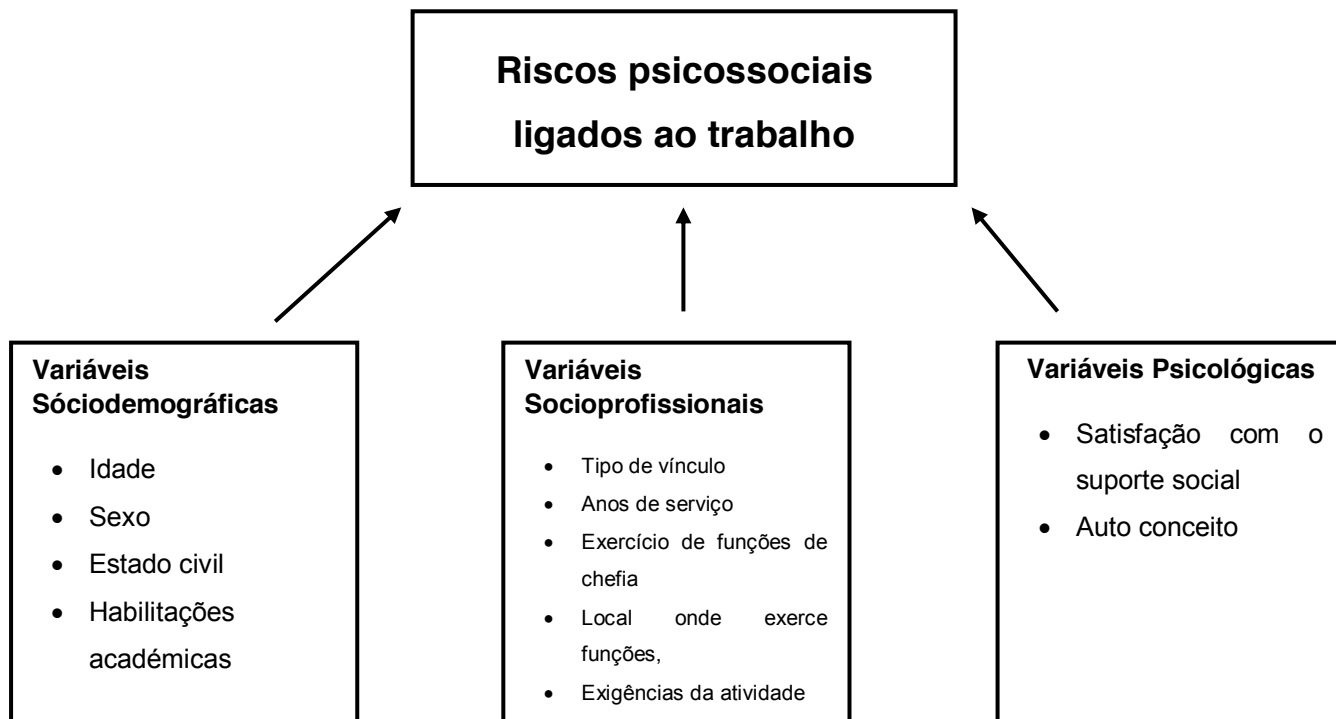
Nesse sentido consideramos:

- **Variáveis sociodemográficas:** idade, sexo, estado civil e habilitações académicas.
- **Variáveis Socioprofissionais:** tipo de vínculo, anos de serviço, exercício de funções de chefia, local onde exerce funções, exigências da atividade
- **Variáveis Psicológicas:** satisfação com o suporte social e auto conceito.

Prevê-se que haja uma inter-relação entre as variáveis e que estas exercem influências nos fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros.

De acordo com os objetivos traçados e com o tipo de estudo que se pretende realizar, delineámos o seguinte desenho de investigação (cf. Figura 1)

Figura 1 – Relação prevista entre as variáveis dependente e independentes.



**Legenda:** Influência das Variáveis Independentes sobre a Variável Dependente.

O presente estudo é quantitativo, pois procedeu-se à descrição das variáveis, identificação da relação entre as mesmas e análise da relação causa/efeito. Assim conseguiu-se obter precisão nos resultados evitando distorções de análise e interpretação dos dados.

É um estudo descritivo, analítico e correlacional, onde são descritas as características da amostra em estudo e verificar as relações entre as variáveis.

É de cariz transversal, devido à colheita de dados e posterior processamento da informação terem sido realizadas num espaço de tempo bem definido.

## 1.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Ao formularmos o corpo de hipóteses procuramos investigar a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente.

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

**Hipótese 1 (H<sub>1</sub>)** – Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas) e os fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros.

**Hipótese 2 (H<sub>2</sub>)** – Existe relação significativa entre as variáveis socioprofissionais (tipo de vínculo, anos de serviço, exercício de funções de chefia, local onde exerce funções, exigências da atividade) e os fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros;

**Hipótese 3 (H<sub>3</sub>)** – Existe relação significativa entre as variáveis psicológicas (satisfação com o suporte social, auto conceito) e os fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros.

### 1.3. AMOSTRA

A população engloba todos os elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos e para os quais o investigador pretende fazer generalizações. Sendo impossível para um investigador analisar todos estes elementos, é selecionado uma parte desta população, a qual é denominada de amostra, que servirá para obter informação acerca do todo.

Assim sendo, foi constituída uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 232 enfermeiros a desempenhar funções no distrito de Viseu e Aveiro:

- Ser Enfermeiro;
- Querer participar no estudo de forma voluntária.

Antes do preenchimento do questionário foram explicados os objetivos e finalidade do estudo e solicitada a colaboração dos indivíduos. Foi garantido a todos os participantes o anonimato e a confidencialidade da informação obtida.

### 1.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

#### ✓ **VARIÁVEL DEPENDENTE**

Riscos psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros

✓ **VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

• ***Variáveis Sociodemográficas***

- Idade
- Sexo
- Estado Civil
- Habilitações académicas

• ***Variáveis Socioprofissionais***

- Tipo de vínculo
- Anos de serviço
- Exercício de funções de chefia
- Local onde exerce funções
- Exigências da actividade

• ***Variáveis Psicológicas***

- Satisfação com o suporte social
- Autoconceito

### 1.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Ao efetuar a colheita de dados devemos selecionar o instrumento de medida mais adequado ao objetivo do estudo, maximizando as suas vantagens.

Tendo em consideração as questões de investigação e os objetivos formulados, a colheita de dados teve por base aplicação de uma bateria de testes (cf. Anexo I).

Dado que as características da população trabalhadora, optámos pela colheita de dados através de questionário de autopreenchimento.

Nesta perspetiva, a recolha de dados teve como suporte um protocolo constituído por questionários e escalas elaboradas por outros investigadores:

- Questionário sociodemográfico;
- Questionário socioprofissional;
- Escala de satisfação com o suporte social - Ribeiro, JLP (1999)
- Inventário clínico de auto conceito, Vaz Serra (1986)
- COPSQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) versão média, Silva, C et

al (2011).

Assim, o nosso protocolo subdivide-se em quatro partes (cf. Anexo I).

### **Questionário Sociodemográfico**

A caracterização de natureza pessoal inclui informação sobre o sexo, a idade, o estado civil e as habilitações académicas.

### **Questionário socioprofissional**

Inclui questões de carácter profissional: o tipo de vínculo (definitivo, contrato a termo certo, contrato sem termo e outro), anos de serviço, exercício de funções de chefia, local onde exerce funções (centro de saúde, hospital, unidade de cuidados continuados, lar de idosos e outros), exigências da atividade (mentais, físicas e ambas)

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

A Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) foi desenvolvida por Ribeiro (1999), com o intuito de avaliar a satisfação com o suporte social efetivo.

É uma escala constituída por 15 afirmações. É de autopreenchimento e assume a forma de uma escala de Likert. Perante cada frase, o sujeito deve assinalar o critério que mais se adequa a si próprio tendo, para o efeito, cinco critérios: "concordo totalmente", "concordo na maior parte", "não concordo nem discordo", "discordo a maior parte" e "discordo totalmente".

As 15 frases distribuem-se por quatro dimensões:

- **Satisfação com amigos**, é constituída pelos itens 3, 12, 13, 14 e 15 e mede o grau de satisfação com as amizades/amigos.
- **Intimidade**, inclui os itens 1, 4, 5 e 6 e destina-se a avaliar a perceção da existência de suporte social íntimo.
- **Satisfação com a família**, integra os itens 9, 10 e 11, e avalia a satisfação com o suporte social familiar existente.
- **Atividades sociais**, é constituída pelos itens 2, 7 e 8 e mede a satisfação com as atividades sociais concretizadas.

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão ou subescala. Os itens são cotados atribuindo o valor "1" aos itens assinalados em "A - Concordo Totalmente", e "5" aos assinalados em "E - Discordo Totalmente". São exceção os itens invertidos que são os seguintes: itens, 4,5,9,10,11,12,13,14, e 15. A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma perceção de maior suporte social.

### **Inventário Clínico de Autoconceito de VAZ SERRA (1986)**

O

Inventário Clínico de Autoconceito é uma escala de autoavaliação de tipo Likert com 20 itens, com classificação em cada item que pode ir de um mínimo de 1 a um máximo de 5, uma vez que são constituídas por 5 possíveis respostas (não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo).

O Inventário Clínico do autoconceito (ICAC), construído em 1985 por VAZ SERRA é um inventário de autorresposta, constituído por vinte questões que têm como objetivo medir os aspetos emocionais, sociais e físicos do autoconceito.

As pontuações podem variar de 20 a 100, uma vez que as respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de 1 a 5 e votadas de maneira a que quanto maior for a pontuação obtida, mais elevado será o autoconceito, (VAZ SERRA, 1986, p.70).

Segundo VAZ SERRA (1986, p.79), os valores médios do autoconceito para a população em geral são de 72.208 (DP=8.143) para os homens e de 72.069 (DP=7.836) para as mulheres.

Através de uma análise fatorial, VAZ SERRA (1986, p.81) conseguiu extrair 6 fatores:

- Factor 1 – itens 1, 4, 9, 16, 17 revela a aceitação/rejeição social e explica 20,12% da variância total.
- Factor 2 – itens 3, 5, 8, 11, 18, 20 está relacionado com auto-eficácia e explica 9,01% da variância total.
- Factor 3 – itens 2, 6, 7, 13 representa a maturidade psicológica e explica 6,97% da variância total.
- Factor 4 – itens 10, 15, 19 está relacionado com a impulsividade/actividade e representa 6,2% da variância total.
- Factor 5 e 6 – considerados pelo autor como factores mistos, sem qualquer denominação específica, (VAZ SERRA, 1986, p.78).

### **COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) versão média**

Diversos instrumentos vêm sendo desenvolvidos em vários países, no intuito de mensurar e possibilitar a avaliação desses fatores, os quais podem agir como stressores e promover impactos bio-psico-sociais negativos. Um desses instrumentos é o COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire -, questionário desenvolvido de 2000 a 2002 na Dinamarca, o qual é utilizado satisfatoriamente em estudos sobre factores psicossociais e saúde no trabalho.

O Copenhagen Psychosocial Questionnaire, é um poderoso instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na

avaliação de muitas das mais relevantes dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral. Este questionário surgiu num formato recente reformulado em 2007.

Este instrumento, tal como na versão original, não tem uma interpretação global, sendo constituído por 29 subescalas. A maioria dos itens destas subescalas é respondida numa escala tipo Likert.

**Quadro 1 - Escalas COPSOQ e número de questões**

<b>Escalas</b>	<b>Número de questões versão média</b>
<b>Exigências quantitativas</b>	1-3
<b>Ritmo de trabalho</b>	4
<b>Exigências cognitivas</b>	5-7
<b>Exigências emocionais</b>	8
<b>Influência no trabalho</b>	9-12
<b>Possibilidades de desenvolvimento</b>	13-15
<b>Previsibilidade</b>	16-17
<b>Transparência do papel laboral desempenhado</b>	18-20
<b>Recompensas</b>	21-23
<b>Conflitos laborais</b>	24-26
<b>Apoio social de colegas</b>	27-29
<b>Apoio social de superiores</b>	30-32
<b>Comunidade social no trabalho</b>	33-35
<b>Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...</b>	36-39
<b>Valores no local de trabalho:</b>	
Confiança horizontal	40-42
Confiança vertical	43-45
Justiça e respeito	46-48
Autoeficácia	49-50
Significado do trabalho	51-53
Compromisso face ao local de trabalho	54-55

<b>Satisfação no trabalho</b>	
Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...	56-59
Insegurança laboral	60
<b>Em relação à saúde</b>	61
<b>Conflito trabalho/família</b>	62-24
<b>Problemas em dormir</b>	65-66
<b>Extenuação</b>	67-68
<b>Stress</b>	69-70
<b>Sintomas depressivos</b>	71-72
<b>Bullying</b>	73-76

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

Para verificar a consistência interna das escalas utilizadas (ESSS, ICAC e COPSQ), recorreremos ao *coeficiente alpha de cronbach*, e obtivemos os seguintes resultados: ESSS -  $\alpha=0,777$ ; ICAC -  $\alpha=0,784$ ; COPSQ  $\alpha=0,612$ .

## 1.6. PROCEDIMENTOS

Para a execução de um estudo científico, é necessário, primeiro que tudo, seleccionar a amostra, de forma a colocar em prática as nossas intenções e conseqüentemente atingir os objetivos definidos para o estudo. É ainda imperial garantir que todas as diligências e ações, se realizem de uma forma ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade do ser humano.

Os indivíduos que participaram no estudo são enfermeiros a desempenhar funções em instituições públicas e privadas do distrito de Viseu e Aveiro e que deram o seu consentimento para o preenchimento do questionário.

Assim, tendo em conta que, a população de enfermeiros, na sua grande maioria tem acesso a computador com ligação á internet e sabe utilizar corretamente os meios informáticos, e no sentido de abranger o maior número de pessoas possível, foi criado um questionário eletrónico e foi disponibilizado através da Internet. O questionário ficou

disponível para preenchimento, numa página da Internet, sendo os enfermeiros, informados sobre o endereço da página do questionário, através de um e-mail.

Neste sentido, foi explicado a todos os participantes antes de iniciarem o preenchimento do questionário os objetivos do nosso trabalho e garantida a confidencialidade dos dados. Entendemos este requisito como um preceito legal mas sobretudo como um direito moral de todas as Pessoas.

Os questionários foram aplicados durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2012.

Esteve sempre presente, a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados obtidos.

### 1.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. No nosso estudo este será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Através da estatística descritiva podemos organizar a informação numérica de modo a obter um quadro geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se frequências (absolutas (N) e percentuais (%)), medidas de tendência central (Médias ( $\bar{x}$ ) e Medianas (Md)) e medidas de dispersão ou variabilidade (Desvios padrão (Dp) e Coeficientes de variação (CV)).

O coeficiente de variação possibilita a comparação da variabilidade de duas variáveis, com os seguintes valores de referência (PESTANA e GAGEIRO, 2005):

- CV  $\leq$  15% – Dispersão fraca;
- 15% < CV  $\leq$  30% – Dispersão média;
- CV > 30% – Dispersão elevada.

De acordo com mesmos autores às medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), consideraram os seguintes valores de referência:

Para um nível de significância de 0,05 uma distribuição é:

- Simétrica – quando “  $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] < 1,96$ , a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.
- Assimétrica – quando “  $[\text{Skewness}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$ , a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)”.

Uma distribuição pode ainda ser:

- Mesocúrtica quando  $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] > -1,96$  e  $< 1,96$ ;
- Platicúrtica quando  $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] < -1,96$ ;
- Leptocúrtica quando  $[\text{kurtosis}/\text{std}_{\text{Error}}] > 1,96$ ;

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

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

Nas análises estatísticas utilizaram-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p > 0.05$  n.s. - Não significativas

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

O tratamento estatístico foi efectuado informaticamente através do programa (Statistical Package for the Social Science) SPSS versão 19.0 para o Windows.



## **2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Este capítulo encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira consiste na análise descritiva dos dados e a segunda na análise inferencial dos resultados.

### **2.1. ANÁLISE DESCRITIVA**

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

Neste capítulo iremos realizar a análise descritiva da amostra estudada, tendo presente as características sociodemográficas, socioprofissionais, satisfação com o suporte social, inventário clínico de auto conceito dos enfermeiros, e os riscos psicossociais a que estão expostos.

### **CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS ENFERMEIROS**

Esta caracterização da amostra foi realizada tendo em conta as características: idade, género, estado civil e habilitações académicas.

No que diz respeito ao género dos enfermeiros, a amostra é constituída na sua maioria por mulheres 69,8% (n=162) e 30,2% (n=70) homens.

A idade mínima dos enfermeiros é de 23 anos, a máxima é de 59 anos e a média de idades de 35,43 anos. Para o género masculino a média é 35,73 anos, enquanto que para o género feminino, a média se situa nos 35,30 anos, com desvio padrão (Dp) de 8,97 e 9,72 respetivamente (cf. Tabela 1).

Analisando o coeficiente de variação (CV) relativo à idade, este apresenta um valor de 26,77%, para a amostra global o que aponta para a existência de uma dispersão média em torno do valor médio, o mesmo se passa com os respetivos grupos. As medidas de assimetria ou enviesamento ( $Skweness_{erro}$ ) revelam curvas assimétricas. Quanto às medidas de achatamento ou curtose ( $Kurtosis_{erro}$ ), ambos os géneros apresentam curvas é mesocúrticas, enquanto que, para a amostra total a curva é platicúrtica (cf. Tabela 1).

**Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade dos enfermeiros**

Género	N	Min	Max	Média	Dp	SK/erro	K/erro	CV
Masculino	70	24	58	35,73	8,97	2,54	-1,085	25,10
Feminino	162	23	59	35,30	9,72	3,74	-1,828	27,54
Total	232	23	59	35,43	9,48	4,44	-2,132	26,76

De forma a melhor poder caracterizar o grupo de enfermeiros em relação à idade, constituíram-se grupos homogéneos tendo por base as frequências absolutas. Dos resultados apresentados Tabela 2, verificamos que a maior percentagem se concentra no grupo com idade inferior aos 30 anos, seguido do grupo com idade compreendida entre os 30 e 40 anos, com 40,5% e 28,9% respetivamente, para o total da amostra. A distribuição percentual é semelhante individualmente nos homens e nas mulheres.

No que diz respeito ao estado civil e no que se refere à totalidade da amostra, constata-se que predomina o estado civil de solteiro com 50,4%, seguido do grupo de casados com 42,2%. Esta situação verifica-se igualmente nas mulheres. No género masculino podemos constatar que prevalece o estado civil de casado com 57,1% e logo a seguir os solteiros com 40,0% (cf. Tabela 2).

Em relação às habilitações académicas dos enfermeiros, verificamos que a maioria é licenciada com 83,2% mas já existe um número significativo de enfermeiros com mestrado, 15,9% (cf. Tabela 2).

**Tabela 2 – Características Sociodemográficas dos enfermeiros**

GÉNERO VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Grupo etário</b>						
<30 Anos	26	37,1	68	42,0	94	40,5
30 – 40 Anos	23	32,9	44	27,2	67	28,9
40 – 50 Anos	12	17,1	31	19,1	43	18,5
≥50 Anos	9	12,9	19	11,7	28	12,1
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	28	40	89	54,9	117	50,4
Casado	40	57,1	58	35,8	98	42,2
União de facto	2	2,9	11	6,8	13	5,6
Divorciado/Separado	0	-	4	2,5	4	1,8
<b>Habilitações académicas</b>						
Licenciatura	49	70	114	88,9	193	83,2
Mestrado	19	27,1	18	11,1	37	15,9
Doutoramento	2	2,9	0	-	2	0,9

**CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS**

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

Para caracterizar mais perceptivelmente o grupo de enfermeiros em relação ao tempo de serviço, constituíram-se grupos homogêneos. Quanto ao tempo de serviço dos enfermeiros (cf. Tabela 3), verificamos que varia de zero a 39 anos, de exercício profissional. A média é de 11,93 anos para a amostra total. Analisando as estatísticas relativas ao tempo de serviço, em função do gênero, verificamos para o sexo masculino a média é mais elevada 12,31 anos, enquanto que para o feminino a média situa-se nos 11,77 anos, com desvios padrões de 9,18 e 9,72, respetivamente.

Analisando o CV, este apresenta um valor de 79,97%, para a amostra global e igualmente elevados para ambos os gêneros, o que aponta para a existência de uma dispersão elevada em torno do valor médio. As medidas de assimetria ou enviesamento ( $SK_{erro}$ ), mostram uma assimetria positiva quando analisada por gênero ou individualmente. As medidas de achatamento ou curtose ( $K_{erro}$ ) são mesocúrticas para a mostra total e para cada gênero (cf. Tabela 3).

**Tabela 3 – Estatísticas relativas aos anos de serviço dos enfermeiros**

Gênero	N	Min	Max	Média	Dp	$SK_{erro}$	$K_{erro}$	CV
Masculino	70	1	34	12,31	9,18	2,88	-0,611	74,57
Feminino	162	0	39	11,77	9,72	5,12	0,010	82,58
Total	232	0	39	11,93	9,54	5,80	-0,346	79,97

Através da Tabela 4, verificamos que a maioria dos enfermeiros trabalha á menos de 10 anos (53,0%), o que também se constata, ao analisarmos individualmente em relação ao gênero, 48,6% nos homens e 54,9 % nas mulheres. Logo de seguida o grupo com mais indivíduos, é o grupo de enfermeiros com 10 a 20 anos de serviço com 22,8%.

Em relação ao tipo de vínculo laboral, grande parte dos enfermeiros tem vínculo definitivo (47,0%), seguido do contrato sem termo (26,3%). Os enfermeiros com vínculo referenciado como “outros”, correspondem a trabalhadores independentes e representam 6,9% da amostra (cf. Tabela 4).

Quanto a cargos de chefia, apenas uma pequena parte dos enfermeiros desempenha funções nessa área (12,1%). Esta situação verifica-se em ambos os gêneros, 14,3% nos homens e 11,1% nas mulheres (cf. Tabela 4).

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

Verifica-se que a grande percentagem de enfermeiros desempenha funções em hospitais (69,4%) e apenas 15,9%, trabalha em centro de saúde.

Em relação às exigências da atividade, 82,8% dos enfermeiros referem as físicas e mentais em simultâneo. As exigências mentais são referidas essencialmente por 9,9% enquanto que a carga física é mencionada especialmente por 7,3% dos inquiridos (cf. Tabela 4).

**Tabela 4 – Características Socioprofissionais dos enfermeiros**

GÉNERO VARIÁVEIS	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Anos de serviço</b>						
<10	34	48,6	89	54,9	123	53,0
10-20	18	25,7	35	21,6	53	22,8
20-30	10	14,3	26	16,0	36	15,5
>30	8	11,4	12	7,4	20	8,6
<b>Tipo de vínculo</b>						
Definitivo	37	52,9	72	44,4	109	47,0
Contrato sem termo	16	22,9	45	27,8	61	26,3
Contrato a termo certo	13	18,6	33	20,4	46	19,8
Outro	4	5,7	12	7,4	16	6,9
<b>Funções de chefia</b>						
Sim	10	14,3	18	11,1	28	12,1
Não	60	85,7	144	88,9	204	87,9
<b>Local onde exerce funções</b>						
Hospital	50	71,4	111	68,5	161	69,4
Centro de saúde	10	14,3	27	16,7	37	15,9
Outro	10	14,3	24	14,8	34	14,7
<b>Principais exigências da atividade</b>						
Físicas	7	10,0	10	6,2	17	7,3
Mentais	4	5,7	19	11,7	23	9,9
Ambas	59	84,3	133	82,1	192	82,8

**CARACTERIZAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL DOS ENFERMEIROS**

Através da Tabela 5, podemos constatar que em relação á satisfação com o suporte social no seu total, o valor médio é de 52,53, com um valor máximo 70. Analisando cada dimensão individualmente, verificamos que apenas a satisfação com a família, no género masculino, não apresenta valores máximos. No geral os enfermeiros, revelam uma satisfação com o suporte social, que podemos considerar boa.

Quanto ao CV, apresenta um valor de 14,94%, para o total da escala, o que nos leva a afirmar que apresenta uma dispersão fraca, situação que também verificamos no género masculino (CV de 14,92%). O género feminino apresenta um CV de 15,00%, com uma dispersão média próximo da fraca. Analisando por dimensões verificamos que todas elas apresentam uma dispersão média, com destaque para a satisfação com a família que apresenta uma dispersão muito próxima da fraca.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/erro) revelam curvas simétricas para todas as dimensões da escala.

Quanto às medidas de achatamento ou curtose (Kurtosis/erro), revelam-se mesocúrticas para quase todas as dimensões, exceto as atividades sociais na amostra total e no género feminino que são platicúrticas e a satisfação com os amigos no género masculino que é leptocúrtica (cf. Tabela 5).

**Tabela 5 – Estatísticas relativas á Satisfação com o suporte social**

Dimensões/Género	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV
<b>Amostra Total</b>							
F1 – Satisfação com amigos	6	25	18,13	3,59	-2,256	-0,399	19,80
F2 – Intimidade	5	20	15,49	3,10	-3,375	-0,053	20,01
F3 – Satisfação com a família	6	15	10,01	1,64	0,506	0,956	16,38
F4 – Atividades sociais	3	15	8,89	2,53	1,606	-2,094	28,46
Total	30	70	52,53	7,85	-0,525	-0,814	14,94
<b>Masculino</b>							
F1 – Satisfação com amigos	6	25	17,87	3,39	-1,641	1,977	18,97
F2 – Intimidade	7	20	15,61	3,06	-1,446	-0,187	19,60
F3 – Satisfação com a família	6	13	10,00	1,50	-1,927	1,281	15,00
F4 – Atividades sociais	4	15	8,87	2,55	1,749	-0,634	28,75
Total	30	70	52,36	7,81	-0,271	0,523	14,92

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

<b>Feminino</b>							
F1 – Satisfação com amigos	8	25	18,25	3,68	-1,796	-1,290	20,16
F2 – Intimidade	5	20	15,44	3,12	-3,105	0,089	20,20
F3 – Satisfação com a família	6	15	10,02	1,69	1,387	0,459	16,87
F4 – Atividades sociais	3	15	8,90	2,52	0,801	-2,047	28,31
Total	30	70	52,60	7,89	-0,461	-1,185	15,00

### CARACTERIZAÇÃO DO AUTO CONCEITO DOS ENFERMEIROS

Analisando a Tabela 6, verificamos que os valores do autoconceito mínimo e máximo para a amostra total variam entre 37 e 93. No género feminino variam entre 37 e 90 e no género masculino entre 58 e 93.

Os valores das médias são muito semelhantes, 74,71 para a amostra total, 74,36 para o género feminino e 75,51 para o género masculino.

Em relação ao CV, apresenta um valor de 10,23% para o total da escala, verificando-se assim uma dispersão fraca, situação que se verifica para todos os outros fatores individualmente, com exceção do fator impulsividade/atividade, no género feminino que apresenta uma dispersão média, próxima da dispersão fraca.

As medidas de assimetria ou enviesamento ( $Skweness_{erro}$ ) (cf. Quadro 7) mostram curvas simétricas para todos os fatores da escala. As medidas de achatamento ou curtose ( $Kurtosis_{erro}$ ) são mesocúrticas para todos os fatores no género masculino. No género feminino e no total da amostra o fator Aceitação/rejeição apresenta uma distribuição mesocúrtica enquanto os restantes apresentam distribuições leptocúrticas (cf. Tabela 6).

**Tabela 6 – Estatísticas relativas ao Auto conceito**

Dimensões/Género	Min	Max	Média	Dp	Sk/erro	K/erro	CV
<b>Masculino</b>							
F1 – Aceitação/rejeição	14	25	19,07	2,43	0,937	0,576	12,74
F2 – Autoeficácia	17	28	22,40	2,46	0,767	0,256	10,98
F3 – Maturidade psicológica	11	19	15,51	1,93	-0,509	-0,516	12,44
F4 – Impulsividade/ atividade	9	15	11,80	1,42	0,509	-0,604	12,03
Total	58	93	75,51	6,84	0,648	1,222	9,06
<b>Feminino</b>							
F1 – Aceitação/rejeição	11	25	18,69	2,54	- 0,916	0,409	13,59
F2 – Autoeficácia	10	30	21,67	2,88	- 1,094	4,414	13,29
F3 – Maturidade psicológica	6	20	15,69	2,01	- 4,136	8,731	12,81
F4 – Impulsividade/ atividade	3	15	11,54	1,83	-5,440	10,192	15,86
Total	37	90	74,36	7,96	-5,356	8,271	10,70
<b>Amostra Total</b>							
F1 – Aceitação/rejeição	11	25	18,80	2,51	-0,388	0,720	13,35
F2 – Autoeficácia	10	30	21,89	2,77	-1,038	4,635	12,65
F3 – Maturidade psicológica	6	20	15,63	1,99	-3,781	7,104	12,73
F4 – Impulsividade/ atividade	3	15	11,62	1,71	-5,556	11,491	14,71
Total	37	93	74,71	7,64	- 4,350	8,935	10,23

***CARACTERIZAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS LIGADOS AO TRABALHO***

Os valores das diversas dimensões foram transformados em percentagem, para facilitar a leitura dos mesmos. Em todas as dimensões da escala o mínimo possível é 0 e o máximo é 100. No que diz respeito à leitura por tercis, como recomendado pelos autores da escala, após a estratificação dos grupos, é elaborado o quadro de frequências percentuais, relativo ao número de elementos, pertencente a cada grupo.

Assim sendo pela análise do Tabela 7 podemos constatar que os itens que se destacam com elevado risco de serem prejudiciais á saúde são a previsibilidade (47,8%), a influência no trabalho (46,6%), o apoio social de superiores (36,2%) as exigências cognitivas (33,6%) a satisfação com a chefia direta (30,6%) e a possibilidade de desenvolvimento (30,2%).

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

Com risco moderado de serem prejudiciais á saúde destacam-se a Confiança vertical (90,5%), os conflitos laborais (84,5%), a autoeficácia (83,2%), a satisfação com o trabalho em geral (82,8%) e o ritmo de trabalho (79,3%).

Com baixo risco de serem prejudiciais á saúde destacamos o bullying (98,3%), os sintomas depressivos (63,4%), os problemas em dormir (58,6%) e as exigências quantitativas (53,0%), (cf. Tabela 7).

Podemos ainda constatar que o que foi descrito para a amostra total, também apresenta resultados semelhantes quando analisado individualmente por género.

**Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros por nível de risco**

ESCALAS	PERCENTAGEM DE ENFERMEIROS EM CADA NÍVEL DE EXPOSIÇÃO								
	Baixo de risco			Risco médio			Alto de risco		
	(Verde)			(amarelo)			(vermelho)		
	T	M	F	T	M	F	T	M	F
Exigências quantitativas	53,0	51,4	53,7	45,3	45,7	45,1	1,7	2,9	1,2
Ritmo de trabalho	15,9	20,0	14,2	79,3	72,9	82,1	4,7	7,1	3,7
Exigências cognitivas	1,7	2,9	1,2	64,7	64,3	64,8	33,6	32,9	34,0
Exigências emocionais	3,9	4,3	3,7	68,1	67,1	68,5	28,0	28,6	27,8
Influência no trabalho	2,2	4,3	1,2	51,3	58,6	48,1	46,6	37,1	50,6
Possibilidades de desenvolvimento	22,0	15,7	24,7	47,8	54,3	45,1	30,2	30,0	30,2
Previsibilidade	4,3	5,7	3,7	47,8	50,0	46,9	47,8	44,3	49,4
Transparência do papel laboral desempenhado	32,3	38,6	29,6	66,8	61,0	69,1	0,9	0	1,2
Recompensas	14,2	21,4	11,1	75,0	71,4	76,5	10,8	7,1	12,3
Conflitos laborais	14,2	14,3	14,2	84,1	85,7	83,3	1,7	0	2,5
Apoio social de colegas	35,8	34,3	36,4	62,1	64,3	61,1	2,2	1,4	2,5
Apoio social de superiores	4,7	4,3	4,9	59,1	65,7	54,2	36,2	30,0	38,9
Comunidade social no trabalho	26,7	28,6	25,9	70,7	70,0	71,0	2,6	1,4	3,1
Satisfação em relação à sua chefia direta	6,9	11,4	4,9	62,5	58,6	64,2	30,6	30,0	30,9

<b>Valores no local de trabalho:</b>									
Confiança horizontal	31,5	32,9	30,9	68,5	67,1	64,2	0	0	0
Confiança vertical	8,2	14,3	5,6	90,5	85,7	92,6	1,3	0	1,9
Justiça e respeito	6,0	5,7	6,2	76,3	78,6	75,3	17,7	15,7	18,5
Autoeficácia	10,8	11,4	10,5	83,2	82,9	83,3	6,0	5,7	6,2
Significado do trabalho	35,8	38,6	34,6	61,6	60,0	62,3	2,6	1,4	3,1
Compromisso face ao local de trabalho	25,0	27,1	24,1	64,2	61,4	65,4	10,8	11,4	10,5
<b>Satisfação no trabalho</b>									
Satisfação em relação ao seu trabalho em geral	2,6	4,3	1,9	82,8	84,3	82,1	14,7	11,4	16,0
Insegurança laboral	14,7	15,7	14,2	42,7	37,1	45,1	42,7	47,1	40,7
<b>Perceção da saúde</b>	2,6	2,9	2,5	52,6	44,3	56,2	44,8	52,9	2,5
<b>Conflito trabalho/família</b>	39,2	38,6	39,5	56,5	54,3	57,4	4,3	7,1	3,1
<b>Problemas em dormir</b>	58,6	71,4	53,1	40,1	27,1	45,7	1,3	1,4	1,2
<b>Extenuação</b>	37,1	47,1	32,7	59,5	48,6	64,2	3,4	4,3	3,1
<b>Stress</b>	53,0	61,4	49,4	46,1	38,6	49,4	0,9	0	1,2
<b>Sintomas depressivos</b>	63,4	72,9	59,3	34,9	27,1	38,3	1,7	0	2,5
<b>Bullying</b>	98,3	95,7	99,4	1,7	4,3	0,6	0	0	0

Sendo o COPSOQ, um instrumento com um elevado número de questões, o tratamento inferencial dos dados torna-se difícil e complexo, assim como a compreensão dos resultados. De acordo Moncada (2005), num trabalho de validação da escala para língua castelhana, podem ser constituídos os seguintes conjuntos de dimensões:

### **Exigências físicas e psicológicas**

- Exigências quantitativas;
- Ritmo de trabalho;
- Exigências cognitivas;
- Exigências emocionais

### **Satisfação no trabalho**

- Influência no trabalho;
- Possibilidades de desenvolvimento;
- Previsibilidade;
- Transparência do papel laboral desempenhado;
- Recompensas;

- Satisfação em relação à sua chefia direta;
- Satisfação em relação ao seu trabalho em geral;
- Insegurança laboral.

### **Apoio social e familiar**

- Conflitos laborais;
- Apoio social de colegas;
- Conflito trabalho/família;
- Apoio social de superiores;
- Comunidade social no trabalho.

### **Valores**

- Confiança horizontal;
- Confiança vertical;
- Justiça e respeito;
- Autoeficácia;
- Significado do trabalho;
- Compromisso face ao local de trabalho.

### **Saúde física e psicológica**

- Perceção da saúde;
- Problemas em dormir;
- Extenuação;
- Stress;
- Sintomas depressivos;
- Bullying.

Pela análise da Tabela 8, e tendo em consideração o agrupamento das dimensões, mantendo uma leitura percentual, podemos constatar que todas as dimensões apresentam valores médios a rondar os 50% com exceção da saúde física e psicológica que apresenta valores médios acima dos 70%. Esta situação verifica-se para a amostra total ou quando analisada por géneros.

Em relação ao CV, podemos verificar que as exigências físicas e psicológicas, bem como a satisfação no trabalho apresentam dispersões médias, quer na amostra total quer analisada por género. O apoio social e familiar bem como os valores apresentam dispersões

fracas. A saúde física e psicológica a apresenta uma dispersão fraca no género masculino e uma dispersão media mas próxima da fraca, na amostra total e no género feminino.

Quanto às medidas de assimetria ou enviesamento ( $Sk_{\text{erro}}$ ) podemos verificar que quase todos os conjuntos de dimensões da escala apresentam curvas simétricas com exceção do conjunto de dimensões valores que apresentam curvas assimétricas na amostra total e no género feminino. As medidas de achatamento ou curtose ( $K_{\text{erro}}$ ), são mesocúrticas para todos os conjuntos de dimensões, exceto para o conjunto de dimensões valores, que são leptocúrticas, para o total da amostra e o género feminino. (cf. Tabela 8)

**Tabela 8 – Estatísticas relativas aos conjuntos de dimensões do COPSOQ**

<b>GRUPOS DE DIMENSÕES</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>	<b>CV</b>
<b>Total</b>							
Exigências físicas e psicológicas	23	87	51,57	9,30	-0,300	1,802	18,03
Satisfação no trabalho	22	82	55,96	9,84	-1,413	1,440	17,58
Apoio social e familiar	36	76	54,32	7,02	-0,319	0,660	12,92
Valores	33	81	50,60	7,20	2,494	2,160	14,23
Saúde física e psicológica	38	97	72,49	11,06	-1,293	-0,208	15,26
<b>Género Masculino</b>							
Exigências físicas e psicológicas	23	70	51,70	10,09	-2,150	0,678	19,52
Satisfação no trabalho	30	77	54,71	9,46	-0,582	0,314	19,29
Apoio social e familiar	36	76	53,33	7,48	0,254	0,857	14,03
Valores	33	67	49,94	7,23	0,902	-0,060	14,48
Saúde física e psicológica	50	97	75,87	10,55	0,232	-0,941	13,91
<b>Género Feminino</b>							
Exigências físicas e psicológicas	30	87	51,59	8,98	1,539	1,815	17,41
Satisfação no trabalho	22	82	56,50	9,99	-1,408	1,639	17,68
Apoio social e familiar	36	73	54,75	6,79	-0,435	0,142	12,40
Valores	34	81	50,88	7,20	2,440	2,678	14,15
Saúde física e psicológica	38	93	71,03	10,98	-1,340	-0,285	15,46

Aplicamos o teste de Kolmogorov-Sminov, para aferir da normalidade da distribuição da amostra, e verificamos uma distribuição normal em todos os conjuntos de dimensões.

### 2.2. ANÁLISE INFERENCIAL

A estatística inferencial compreende as técnicas por meio das quais são tomadas decisões sobre uma população estatística, decisões estas baseadas unicamente na observação de uma amostra ou na elaboração de um juízo

Assim sendo foi realizada uma análise das correlações entre as variáveis e os conjuntos de dimensões do COPSOQ.

### INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NOS FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS LIGADOS AO TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Em relação às variáveis sociodemográficas, procedemos ao agrupamento de algumas características. No estado civil, foram criados dois grupos, mediante a existência ou não de companheiro(a) em coabitação, enquanto que nas habilitações literárias, os enfermeiros com doutoramento foram agrupados ao grupo de enfermeiros com mestrado, por apresentarem apenas dois indivíduos.

#### IDADE

No sentido de se verificar a existência de uma associação entre a idade e os grupos de dimensões de riscos psicossociais, recorremos à Correlação de Pearson. Depois de analisar a Tabela 9 verificamos que existe uma associação estatística significativa entre a idade e o conjunto de dimensões “exigências físicas e psicológicas”, e uma associação bastante significativa entre a idade e a satisfação no trabalho. Os restantes conjuntos de dimensões e a idade, apresentam associações estatísticas não significativas. Quanto á força das correlações, verificamos a existência de correlações fracas em todos os conjuntos de dimensões, com um sentido negativo na satisfação com o trabalho e nos valores.

**Tabela 9 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função da idade**

Grupos de dimensões	r	p
Exigências físicas e psicológicas	0,166	0,011
Satisfação no trabalho	-0,299	0,000
Apoio social e familiar	0,045	0,496
Valores	-0,004	0,955
Saúde física e psicológica	0,113	0,085

**GÉNERO**

Em relação ao género, e depois de analisar a Tabela 10, os resultados dos testes *t* de *Student*, mostram que entre o género masculino e o género feminino existe uma diferença estatística bastante significativa em relação ao conjunto de riscos psicossociais *Saúde Física e Psicológica* ( $p=0,002$ ). Assim sendo podemos afirmar que, os enfermeiros percecionam em média mais riscos psicossociais relativos ao conjunto *Saúde Física e Psicológica*, que as enfermeiras.

Em relação aos restantes conjuntos de dimensões, a diferença entre homens e mulheres, não é estatisticamente significativa.

**Tabela 10 – Resultados dos testes t de Student: grupos de dimensões COPSOQ em função do género.**

Grupos de dimensões		n	$\bar{x}$	Dp	Levene	p	t	p
Exigências físicas e psicológicas	Masculino	70	51,50	10,085	1,756	0,186	-0,071	0,943
	Feminino	162	51,59	8,977				
Satisfação no trabalho	Masculino	70	54,71	9,457	0,195	0,659	-1,277	0,203
	Feminino	162	56,50	9,987				
Apoio social e familiar	Masculino	70	53,33	7,482	0,508	0,477	-1,417	0,158
	Feminino	162	54,75	6,792				
Valores	Masculino	70	49,94	7,225	0,003	0,957	-0,912	0,363
	Feminino	162	50,88	7,205				
Saúde física e psicológica	Masculino	70	75,87	10,554	0,435	0,510	3,118	<b>0,002</b>
	Feminino	162	71,03	10,978				

**ESTADO CIVIL**

Quanto ao estado civil, podemos afirmar que os enfermeiros Solteiro/Viúvos/Divorciados apresentam maior índice médio de perceção de riscos psicossociais sobre os conjuntos de dimensões *Satisfação no Trabalho e Saúde Física e Psicológica*. Nos restantes conjuntos de dimensões são os enfermeiros *casados / união de facto* que apresentam em média maior perceção de exposição aos riscos psicossociais. Ainda assim estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 11).

**Tabela 11 – Resultados dos testes t de Student: grupos de dimensões COPSOQ em função do estado civil.**

Grupos de dimensões		n	$\bar{x}$	Dp	Levene	p	t	p
Exigências físicas e psicológicas	Solt/V./Div	121	51,42	9,171	0,321	0,572	-0,251	0,802
	Cas./U. Fac	111	51,73	9,484				
Satisfação no trabalho	Solt/V./Div	121	56,56	10,270	0,023	0,880	0,965	0,336
	Cas./U. Fac	111	55,31	9,360				
Apoio social e familiar	Solt/V./Div	121	53,52	7,155	0,563	0,454	-1,817	0,070
	Cas./U. Fac	111	55,19	6,798				
Valores	Solt/V./Div	121	50,28	7,010	0,115	0,735	-0,697	0,486
	Cas./U. Fac	111	50,95	7,435				
Saúde física e psicológica	Solt/V./Div	121	72,49	11,064	0,044	0,834	0,006	0,996
	Cas./U. Fac.	111	72,48	11,097				

### HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Depois de analisar a Tabela 12, podemos constatar que os enfermeiros licenciados apenas se diferenciam de uma forma estatisticamente significativa dos enfermeiros com Mestrado / Doutoramento no grupo de dimensões *Saúde Física e Psicológica* ( $p=0,015$ ). Assim podemos afirmar que os enfermeiros com Mestrado / Doutoramento percecionam em média mais riscos psicossociais do que os enfermeiros com licenciatura, para o conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*. Nos restantes grupos de dimensões de riscos psicossociais não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 12 – Resultados dos testes t de Student: grupos de dimensões COPSOQ em função das habilitações académicas.**

Grupos de dimensões		n	$\bar{x}$	Dp	Levene	p	t	p
Exigências físicas e psicológicas	Licenciatura	193	51,74	9,205	0,006	0,938	0,649	0,517
	Mestr./Dout.	39	50,68	9,851				
Satisfação no trabalho	Licenciatura	193	56,39	9,900	0,069	0,793	1,473	0,142
	Mestr./Dout.	39	53,85	9,398				
Apoio social e familiar	Licenciatura	193	54,56	6,978	0,058	0,809	1,136	0,257
	Mestr./Dout.	39	53,16	7,212				
Valores	Licenciatura	193	50,64	6,893	0,847	0,358	0,192	0,848
	Mestr./Dout.	39	50,40	8,702				
Saúde física e psicológica	Licenciatura	193	71,70	11,105	0,969	0,326	-2,441	<b>0,015</b>
	Mestr./Dout.	39	76,39	10,057				

### **INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS NOS FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS LIGADOS AO TRABALHO**

Para avaliar a influência das variáveis socioprofissionais sobre os conjuntos de dimensões criados, foram utilizados os testes ANOVA para a análise de variância, e o teste Post-Hoc de Tukey, para identificar as diferenças significativas entre os grupos em estudo.

#### **TIPO DE VÍNCULO CONTRATUAL**

Em relação ao tipo de vínculo contratual dos enfermeiros podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nos conjuntos de dimensões *Exigências Físicas e Psicológicas*, ( $p=0,008$ ), *Satisfação no Trabalho*, ( $p=0,015$ ) e *Apoio Social e Familiar* ( $p=0,019$ ). Através do teste Post-Hoc de Tukey, podemos verificar que para o conjunto de dimensões *Exigências físicas e Psicológicas*, os enfermeiros com “outro” tipo de vínculo contratual percecionam mais riscos psicossociais quando comparados com os enfermeiros com contrato sem termo e com os enfermeiros com contrato a termo certo. Para o conjunto de dimensões *“Satisfação no Trabalho”*, as diferenças situam-se entre os enfermeiros com contrato sem termo e os enfermeiros com “outro” tipo de vínculo e no *“Apoio Social e Familiar”* as diferenças estão nos enfermeiros com um vínculo definitivo e os que têm um contrato sem termo. Quanto aos índices médios observados, o grupo de

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

enfermeiros com Contrato definitivo, apresenta um valor médio acima dos apresentados pelos restantes grupos de enfermeiros, em três conjuntos de dimensões, *Apoio Social e Familiar*, *Valores e Saúde Física e Psicológica* (cf. Tabela 13).

**Tabela 13 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável sócio profissional - Vínculo contratual e grupos de variáveis do COPSOQ**

VARIÁVEIS	Tipo de vínculo contratual	Definitivo	Contra to sem termo	Contra to a termo	Outro							
						F	p		p			
Grupos De Dimensões												
N		109	61	46	16							
Exigências Físicas e Psicológicas		52,39	50,11	49,42	57,71	Análise de Variância	4,078	0,008	Post-Hoc (Tukey)	0,017	s/ t< Out	
											0,011	c/ t< Out
Satisfação no Trabalho	Valores Médios	55,62	58,22	56,04	49,44		3,572	0,015			0,008	s/t.> Out.
Apoio Social e Familiar		55,52	54,15	51,66	54,42		3,380	0,019			0,009	Def. > s/t.
Valores		51,22	49,71	50,93	48,82		0,939	0,422				
Saúde Física e Psicológica		73,40	71,73	71,36	72,40	0,500	0,683					

## LOCAL ONDE EXERCE FUNÇÕES

No que diz respeito ao local onde o enfermeiro exerce funções, verificamos que, através da análise de variância, existem diferenças significativas nos conjuntos de dimensões: *Satisfação no Trabalho* ( $p=0,003$ ) e *Apoio Social e Familiar* ( $p=0,013$ ). Os testes Pós-Hoc de Tukey revelam que no conjunto de dimensões *Satisfação no Trabalho*, os enfermeiros que trabalham no hospital percebem mais riscos psicossociais comparativamente com os que trabalham em Centro de Saúde ( $p=0,038$ ) ou “Outros” ( $p=0,013$ ). No conjunto de dimensões *Apoio Social e Familiar* a diferença está somente entre os enfermeiros a trabalhar em Hospital e os enfermeiros a trabalhar em Centro de Saúde ( $p=0,046$ ) (cf. Tabela 14).

**Tabela 14 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável sócio profissional - Local onde exerce funções e grupos de variáveis do COPSOQ**

VARIÁVEIS	Local onde exerce funções	Hospital	Centro de Saúde	Outro		F	p		p	
Grupos De Dimensões										
N		161	37	34						
Exigências Físicas e Psicológicas		51,11	52,84	52,35	Análise de Variância	0,661	0,517			
Satisfação no Trabalho	Valores Médios	57,41	53,07	52,24		6,025	0,003	Post-Hoc (Tukey)	0,038	hos p> C.S.
Apoio Social e Familiar		55,22	52,19	52,38		4,418	0,013		0,013	hos p> ut
Valores		51,29	49,82	48,17		2,943	0,055		0,046	hos p> C.S.
Saúde Física e Psicológica		72,13	72,55	74,12		0,451	0,638			

### EXIGÊNCIAS DA ACTIVIDADE

No que concerne às exigências da atividade, constatamos que existem diferenças bastante significativas no conjunto de dimensões *Exigências Físicas e Psicológicas*. Pela aplicação do teste Post-Hoc de Tukey, podemos verificar que estas diferenças se situam entre o grupo de enfermeiros, que percebe exclusivamente as exigências mentais e o grupo de enfermeiros que os enfermeiros que percebe ambas as exigências. De salientar que as exigências mentais apresentam índices médios mais elevados em três grupos de dimensões, *Exigências Físicas e Psicológicas*, *Apoio Social e Familiar* e *Valores* (cf. Tabela 15).

**Tabela 15 – Resultados dos valores médios, análises de variância e testes de Tukey da variável sócio profissional – Exigências da atividade e grupos de variáveis do COPSOQ**

VARIÁVEIS	Exigências Da atividade	Físicas	Mentais	Ambas						
					F	p		p		
Grupos De Dimensões										
N		17	23	192						
Exigências Físicas e Psicológicas	Valores Médios	55,98	56,30	50,61	Análise de Variância	6,181	0,002	Post-Hoc (Tukey)	0,014	men t > Amb
Satisfação no Trabalho		57,32	52,45	56,26		1,727	0,180			
Apoio Social e Familiar		56,13	56,55	53,89		2,097	0,0125			
Valores		48,82	52,39	50,54		1,235	0,293			
Saúde Física e Psicológica		76,27	70,07	72,44		1,555	0,213			

### FUNÇÕES DE CHEFIA

Relativamente á variável funções de chefia, e a sua influência nos índices de percepção de riscos psicossociais pelos enfermeiros, constatamos que existe uma diferença bastante significativa no grupo de dimensões *Satisfação no Trabalho*, em que os enfermeiros que não exercem funções de chefia apresentam uma maior percepção dos riscos psicossociais comparativamente com os que exercem este tipo de funções, para o grupo de dimensões *Satisfação no trabalho*. Nos restantes grupos de dimensões os índices médios são bastante semelhantes, não se verificando diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 16).

**Tabela 16 – Resultados teste t de Student: grupos de dimensões do COPSOQ em função do exercício de funções de chefia**

Grupos de dimensões		n	$\bar{x}$	Dp	Levene	P	t	p
<b>Exercício de funções de chefia</b>								
Exigências físicas e psicológicas	Sim	28	52,56	9,943	0,908	0,342	0,602	0,548
	Não	204	51,43	9,229				
Satisfação no trabalho	Sim	28	51,11	10,000	0,134	0,714	-2,822	<b>0,005</b>
	Não	204	56,62	9,658				
Apoio social e familiar	Sim	28	53,69	6,786	1,180	0,279	-0,505	0,614
	Não	204	54,41	7,065				
Valores	Sim	28	50,20	7,785	0,852	0,357	-0,315	0,753
	Não	204	50,56	7,144				
Saúde física e psicológica	Sim	28	74,43	11,406	0,052	0,819	0,993	0,322
	Não	204	72,22	11,009				

### ANOS DE SERVIÇO

Através da análise da Tabela 17, podemos verificar a existência de uma associação estatística altamente significativa entre o tempo de serviço e o conjunto de dimensões *Satisfação no Trabalho* ( $p=0,000$ ). Podemos ainda afirmar que esta associação tem um sentido negativo, ou seja, quanto maior for o tempo de serviço, menor é a percepção dos riscos psicossociais para o conjunto de dimensões *Valores*. Nos restantes conjuntos de dimensões o sentido das correlações é positivo para as *Exigências Físicas e Psicológicas* e para a *Saúde Física e Psicológica*, ou seja, com o aumento do tempo de serviço a tendência é perceber mais os riscos psicossociais para estes conjuntos de dimensões. As correlações são fracas para todos os conjuntos de dimensões ( $r < \pm 0,3$ ).

**Tabela 17 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função dos anos de serviço**

Grupos de dimensões	r	p
Exigências físicas e psicológicas	0,108	0,102
Satisfação no trabalho	-0,256	<b>0,000</b>
Apoio social e familiar	-0,003	0,961
Valores	-0,006	0,933
Saúde física e psicológica	0,116	0,078

## INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS NOS FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS LIGADOS AO TRABALHO

### SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Através da Tabela 18, podemos verificar que, em relação ao grupo de dimensões *Exigências Físicas e Psicológicas*, não existem diferenças estatisticamente significativas na relação com as diferentes dimensões da ESSS. Podemos constatar ainda que as correlações entre o conjunto de dimensões *Exigências Físicas e Psicológicas* e as dimensões da ESSS são positivas exceto para a dimensão *Intimidade*. Todas as correlações são fracas ( $r < \pm 0,3$ ).

Quanto ao conjunto de dimensões *Satisfação no trabalho* e sua relação com as dimensões do Suporte Social, podemos verificar que existem diferenças estatísticas bastantes significativas na influência da dimensão *Satisfação com os Amigos* ( $p=0,002$ ) e na influência da dimensão *Suporte Social Total* ( $p=0,001$ ), e diferenças estatísticas altamente significativas na influência da dimensão *Intimidade* ( $p=0,000$ ). Podemos constatar que as correlações são negativas exceto na relação com a dimensão *Satisfação com a Família*. Todas as correlações são fracas ( $r < \pm 0,3$ ) (cf. Tabela 18).

Em relação ao conjunto de dimensões *Apoio Social e Familiar*, verificamos que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na influência da dimensão *Intimidade* ( $p=0,007$ ). O sentido das correlações é positivo na relação com as dimensões *Satisfação com a Família* e *Atividades Sociais* e negativo na relação com as restantes dimensões do Suporte Social. A força das correlações é fraca em todas as dimensões (cf. Tabela 18).

No que diz respeito á relação entre o conjunto de dimensões *Valores* e as dimensões do Suporte Social, observamos que existem diferenças estatísticas altamente significativas na influência das dimensões *Intimidade* ( $p=0,000$ ) e *Suporte Social Total* ( $p=0,000$ ), diferenças estatísticas bastantes significativas na influência da dimensão *Satisfação com os Amigos* ( $p=0,004$ ) e diferenças estatisticamente significativas na relação com a dimensão *Satisfação com a Família* ( $p=0,017$ ). O sentido das correlações é negativo em todas as dimensões. A força das correlações é moderada relação com a dimensão *Intimidade* e fraca na relação com as restantes dimensões (cf. Tabela 18).

No que concerne ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica* e a sua relação com as dimensões do Suporte Social, podemos verificar através da Tabela 18, que existem diferenças estatísticas altamente significativas na influência das dimensões

*Satisfação com os Amigos, Intimidade, Atividades Sociais e Suporte Social Total*, com um valor de  $p=0,000$ , para todas e existem diferenças estatisticamente significativas na influência da dimensão *Satisfação com a Família* ( $p=0,021$ ). As correlações são positivas em todas as dimensões. A força das correlações é moderada na relação com as dimensões *Intimidade e Suporte Social Total* e fraca na relação com as restantes dimensões.

**Tabela 18 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função da satisfação com o Suporte Social**

Grupos de dimensões	Satisfação com suporte social									
	Sat. Amigos		Intimidade		Sat. Família		Activ. sociais		Total	
	r	P	r	p	r	P	r	p	r	p
Exigências físicas e psicológicas	0,102	0,121	-0,093	0,160	0,061	0,357	0,125	0,057	0,063	0,337
Satisfação no trabalho	-0,201	<b>0,002</b>	-0,235	<b>0,000</b>	0,031	0,637	-0,098	0,138	-0,210	<b>0,001</b>
Apoio social e familiar	-0,036	0,582	-0,175	<b>0,007</b>	0,049	0,459	0,027	0,679	-0,067	0,311
Valores	-0,189	<b>0,004</b>	-0,335	<b>0,000</b>	-0,157	<b>0,017</b>	-0,078	0,238	-0,276	<b>0,000</b>
Saúde física e psicológica	0,297	<b>0,000</b>	0,426	<b>0,000</b>	0,152	<b>0,021</b>	0,315	<b>0,000</b>	0,437	<b>0,000</b>

### Auto conceito

Através da Tabela 19, podemos analisar os resultados do teste de *correlação de Pearson* entre o Auto conceito total, os diferentes fatores do ICAC e os conjuntos de dimensões do COPSOQ.

Em relação ao conjunto de dimensões *Exigências Físicas e Psicológicas*, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na relação com os vários fatores do Auto conceito, o sentido das correlações é negativo exceto na relação com o fator *impulsividade/atividade* e a força das correlações é fraca ( $r<\pm 0,3$ ), (cf. Tabela 19).

Ao analisarmos a relação do conjunto de dimensões *Satisfação no Trabalho* com os fatores do Autoconceito, verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, o sentido das correlações é positivo com os fatores *Autoeficácia* e *Autoconceito total* e negativo nos restantes. A força das correlações é fraca (cf. Tabela 19).

Quanto ao conjunto de dimensões *Apoio Social e Familiar*, verificamos que existem diferenças estatísticas bastantes significativas na influência dos fatores *Aceitação/Rejeição*, *impulsividade/atividade* e *Autoconceito Total* ( $p=0,001$ ,  $p=0,001$  e  $p=0,002$  respetivamente) e diferenças estatisticamente significativas na influência do fator *Autoeficácia* ( $p=0,034$ ). O sentido das correlações é negativo em todos os fatores. A força das correlações é fraca em todos os fatores (cf. Tabela 19).

Analisando a relação do conjunto de dimensões *Valores*, com os fatores do Autoconceito, verifica-se que existem diferenças estatísticas bastantes significativas na influência do fator *Maturidade Psicológica* ( $p=0,008$ ) e diferenças estatísticas altamente significativas na influência dos restantes fatores do Autoconceito ( $p=0,000$  em todos). O sentido das correlações é negativo em todos os fatores. A força das correlações é fraca nos fatores *Maturidade Psicológica* e *Impulsividade/Atividade* e moderada, mas muito próxima do fraca nos restantes fatores.

Em relação ao conjunto de dimensões *Saúde física e psicológica* e a influência dos fatores do autoconceito, verificamos a existência de diferenças altamente significativas em todos os fatores exceto no fator *Maturidade Psicológica*. O sentido das correlações é positivo em todos os fatores. A força das correlações moderada nos fatores *Aceitação/Rejeição* e *Autoconceito Total* e fraca nos restantes fatores (cf. Tabela 19).

**Tabela 19 – Resultados da Correlação de Pearson: grupos de dimensões COPSOQ em função do Autoconceito**

Grupos de dimensões	Autoconceito									
	Aceit./rej.		Autoefic.		Mat. Psic.		Imp./activ.		Total	
	R	p	r	P	r	p	r	p	r	p
Exigências físicas e psicológicas	-0,019	0,769	-0,097	0,141	-0,045	0,499	0,032	0,633	-0,080	0,224
Satisfação no trabalho	-0,039	0,550	0,064	0,332	-0,004	0,951	-0,109	0,099	0,052	0,426
Apoio social e familiar	-0,214	<b>0,001</b>	-0,139	<b>0,034</b>	-0,097	0,143	-0,219	<b>0,001</b>	-0,201	<b>0,002</b>
Valores	-0,383	<b>0,000</b>	-0,371	<b>0,000</b>	-0,175	<b>0,008</b>	-0,270	<b>0,000</b>	-0,410	<b>0,000</b>
Saúde física e psicológica	0,311	<b>0,000</b>	0,285	<b>0,000</b>	0,128	0,052	0,289	<b>0,000</b>	0,319	<b>0,000</b>

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é uma etapa basilar em qualquer processo de investigação, esta permite destacar os dados mais significativos que foram encontrados e confrontá-los com teorias e modelos que dão suporte ao estudo em causa.

Neste capítulo, analisamos a perceção dos enfermeiros dos distritos de Viseu e Aveiro em relação á exposição aos riscos psicossociais.

#### VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

As características sociodemográficas referidas são o género, a idade, o estado civil e habilitações académicas.

##### Género

A nossa amostra é constituída por 232 enfermeiros, dos quais 69,8% são mulheres e 30,2% são homens. Esta é constituída na sua maioria, constituída por mulheres, dados que comprovam a teoria que a profissão de Enfermagem é uma profissão “feminina”. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, no final do ano de 2010 estavam inscritas 50841 enfermeiras e 11725 enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em relação á perceção dos riscos psicossociais, a diferença entre enfermeiros e enfermeiras é muito pequena, com valores médios muito próximos. Ainda assim as enfermeiras têm uma maior perceção destes em quase todos os conjuntos de dimensões, com exceção do conjunto de dimensões *Saúde Física e psicológica*.

Comparando os nossos resultados com outros estudos sobre os fatores de risco psicossociais, verificamos uma grande semelhança. Silva e Gomes (2009), referem que as mulheres experienciaram maiores problemas nos seguintes domínios: a) ambiente de trabalho e relações profissionais; b) excesso de trabalho e envolvimento profissional; c) instabilidade profissional e na carreira; d) remuneração auferida e estatuto socioprofissional; e) falta de reconhecimento e poder; e f) problemas familiares.

Como já verificamos, os enfermeiros percecionam mais os riscos socioprofissionais, comparativamente com as enfermeiras, no conjunto de dimensões Saúde física e psicológica, constituindo esta, a única diferença estatística significativa ( $p=0,002$ ).

Silva e Gomes (2009) referem ainda que existem diferenças ao nível da despersonalização, sendo esta faceta mais prevalente nos homens quando comparados com as mulheres.

### Idade

Em relação à idade dos enfermeiros do nosso estudo, a média de idades é de 35,73 anos, com um mínimo de 23 e um máximo de 59 anos. A idade média de enfermeiros e enfermeiras é muito próxima com 35,73 e 35,30 respetivamente. O grupo etário com maior percentagem é o grupo com idade inferior aos 30 anos com 40,5% seguido do grupo com idade compreendida entre os 30 e 40 anos com 28,9%. O grupo etário com menor percentagem é o grupo com idade superior a 50 anos, com 12,1%. Esta situação também se verifica quando analisamos a distribuição dos grupos etários em função do género.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), 35,4% dos enfermeiros inscritos apresentam uma idade compreendida entre os 30 e 40 anos, os enfermeiros com idade inferior a 30 anos constituem 16,20% do total. Verificamos desta forma que a nossa amostra é mais jovem comparativamente com a população nacional de enfermeiros.

Quando analisamos a influência da idade na perceção dos riscos psicossociais, podemos verificar que com o aumento da idade existe uma diminuição da perceção do risco nos conjuntos de dimensões *Satisfação no trabalho e Valores*, havendo neste ultimo diferenças estatísticas altamente significativas. Em relação aos conjuntos de dimensões *Exigências físicas e psicológicas, Apoio social e familiar e Saúde física e psicológica*, com o passar dos anos aumenta a perceção dos riscos psicossociais com diferenças estatisticamente significativas no conjunto de dimensões *Exigências físicas e psicológicas*.

No seu estudo, Silva e Gomes (2009) referem que os profissionais mais novos (até aos 30 anos) apresentaram mais problemas relacionados com o excesso de trabalho do que os seus colegas com idades intermédias. Neste mesmo sentido, a instabilidade profissional e na carreira afeta mais os profissionais mais novos em comparação aos seus colegas com idades intermédias e mais avançadas. Os problemas de remuneração e status socioprofissional apresentaram resultados coerentes com os anteriores, sendo mais stressante para os mais novos quando comparados aos outros dois grupos.

O nosso estudo mostra que os enfermeiros com idade inferior a 30 anos e os com idade compreendida entre os 30 e os 40 anos são os que em média percecionam mais os riscos no conjunto de dimensões *Satisfação no trabalho*, existindo diferenças estatísticas significativas comparativamente com os enfermeiros mais velhos.

Um outro estudo consultado refere que os trabalhadores com idades entre os 40 e os 54 anos dizem-se mais frequentemente afetados pelo stress relacionado com o trabalho do que os restantes grupos etários. Os trabalhadores entre os 15 e 24 anos são os que se queixam menos do stress (AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO 2009).

O nosso estudo corrobora estes resultados, pois verificamos que os enfermeiros com mais de 50 anos são os que em média percecionam mais os riscos nos conjuntos de dimensões *Exigências físicas e psicológicas* e *Saúde física e psicológica*.

### **Estado civil**

Em relação ao estado civil dos enfermeiros da nossa amostra, predomina o estado de solteiro com 50,4%, seguido do estado civil de casado com 42,2%. Verificamos que se passa o mesmo no género feminino, enquanto que no género masculino predomina o estado civil de casado (57,1%).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, em 2011, 46,5% dos portugueses eram casados, 40,5 % eram solteiros, 5,6% eram divorciados e 7,3% era viúvo. Analisando por género, predominava o estado civil de casado em ambos os sexos. Estes dados pouco diferem dos resultados encontrados na nossa amostra.

Os enfermeiros Solteiros/Viúvos/Divorciados apresentam maior índice médio de percepção dos riscos psicossociais nos conjuntos de dimensões *Satisfação no Trabalho e Saúde Física e Psicológica*. Nos restantes conjuntos de dimensões são os enfermeiros *casados / união de facto* que apresentam em média, maior percepção de exposição aos riscos psicossociais. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos.

Os resultados encontrados vão de encontro aos resultados de outros estudos, em verificamos que os solteiros relataram uma maior experiência de stress no ambiente de trabalho e relações profissionais, excesso de trabalho e envolvimento profissional, instabilidade profissional e na carreira, remuneração auferida e status socioprofissional e falta de reconhecimento e poder (Silva e Gomes 2009).

### **Habilitações académicas**

A grande maioria dos enfermeiros da nossa amostra possui uma “apenas” licenciatura (83,2%), havendo já um número considerável com mestrado (15,9%) e dois enfermeiros são doutorados. Podemos compreender estes factos, pela evolução que a profissão de Enfermagem teve ao longo dos últimos anos em Portugal. O curso base atualmente, confere uma licenciatura aos enfermeiros e as instituições de ensino oferecem uma vasta oferta de cursos de mestrados, incluindo nestes os antigos cursos de especialização.

Os enfermeiros com *Mestrado/Doutoramento* percecionam em média mais riscos psicossociais do que os enfermeiros com licenciatura no conjunto de dimensões *Saúde*

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

*Física e Psicológica*, havendo diferenças estatísticas significativas em relação aos enfermeiros licenciados.

Os nossos resultados estão em consonância com outros estudos consultados, onde se verifica que são os profissionais com Pós-Graduação ou Mestrado que reportam maiores níveis de exaustão, despersonalização, valor total de *Burnout* e de conflito trabalho-família negativo (Pereira, 2009).

Em relação á **Hipótese 1** - Existe relação significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas) e os fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho, podemos afirmar que:

- A idade tem influência na perceção dos riscos psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros;
- O género tem efeito significativo na perceção dos riscos psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros;
- O estado civil não tem influência na perceção dos riscos psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros;
- Existe uma associação significativa entre as habilitações literárias e a perceção dos riscos psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros.

## VARIÁVEIS SOCIOPROFISSIONAIS

As variáveis socioprofissionais mencionadas são, o tipo de vínculo contratual, os anos de serviço, o local onde exerce funções e as exigências da atividade.

### Tipo de vínculo contratual

Quanto ao tipo de contrato, a maior parte dos enfermeiros da nossa amostra possui um vínculo definitivo (47%), 26,3 % dos enfermeiros tem um contrato sem termo e 6,9% tem “outro” tipo de contrato.

No conjunto de dimensões *Exigências Físicas e psicológicas*, os enfermeiros com “outro” tipo de vínculo contratual percecionam mais riscos, quando comparados com os enfermeiros com contrato sem termo e com os enfermeiros com contrato a termo certo. Estes resultados mostram que pode existir algum tipo de exploração dos trabalhadores com contratos mais precários.

Os enfermeiros com contrato *sem termo* percecionam mais riscos do que os enfermeiros com “outro” tipo de vínculo no conjunto de dimensões *Satisfação no trabalho*.

No conjunto de dimensões *Apoio Social e Familiar*, existem diferenças significativas

entre os enfermeiros com contrato definitivo e os enfermeiros com contrato a termo certo.

Silva e Gomes, 2009, revelam fatores de stress, nos diferentes tipos de vínculo contratual, sendo os profissionais com contratos de trabalho mais instáveis os que mais revelaram problemas relacionados com o excesso de trabalho e envolvimento profissional, com a instabilidade profissional e na carreira, e com a remuneração auferida e status socioprofissional. Os profissionais efetivos evidenciaram menos problemas em termos de despersonalização do que os seus colegas temporários.

### **Tempo de serviço**

O tempo de serviço dos enfermeiros da nossa amostra, varia entre 0 e 39 anos. O tempo médio é de 11,93 anos de experiência profissional, nos enfermeiros a média é mais elevada, 12,31 anos, nas enfermeiras a média situa-se nos 11,77 anos.

A maioria dos enfermeiros tem menos de 10 anos de experiência (53%), 28% tem entre 10 e 20 anos de experiência profissional. Estes dados verificam-se em enfermeiros e enfermeiras, quando analisados separadamente.

No conjunto de dimensões *Satisfação no trabalho*, verificamos a existência de uma associação significativa entre o número de anos de serviço e a perceção dos riscos, assim com o aumento da experiência profissional diminui a perceção destes.

Silva e Gomes, 2009, referem haver diferenças na instabilidade profissional e na carreira, verificando-se que os profissionais com experiência até cinco anos de trabalho foram mais reativos a este problema do que seus colegas com experiência profissional entre 6 e 15 anos e com mais de 15 anos de trabalho. Por outro lado, foram constatadas diferenças na remuneração auferida e status socioprofissional, sendo este problema menos estressante para o grupo dos profissionais mais experientes quando comparados com os participantes com experiência intermédia e em início de carreira.

### **Local onde exerce funções**

Na amostra estudada, os enfermeiros trabalham maioritariamente em Hospitais (69,4%), em centro de Saúde trabalham 15,9% e 14,7% trabalham em outros locais onde se prestam cuidados de saúde. Estes resultados vão de encontro ao que se passa a nível nacional, pois segundo a Ordem dos Enfermeiros, 54,6% dos enfermeiros inscritos trabalha em ambiente hospitalar e 12% desempenha as suas funções em Centros de Saúde.

Analisando a influência do local de trabalho na perceção dos riscos psicossociais, existem diferenças estatísticas significativas no conjunto de dimensões *Satisfação no trabalho*, onde os enfermeiros que trabalham em Hospital percebem mais riscos do que os enfermeiros que trabalham em Centro de Saúde e outros locais e no conjunto de

dimensões *Apoio Social e Familiar* onde se verifica mais uma vez que os enfermeiros dos hospitais percebem mais riscos que os enfermeiros de Centro de Saúde.

Pereira, 2009, refere no seu trabalho de investigação, que encontrou diferenças significativas relativamente à exaustão, ao valor total de *Burnout* e aos níveis de conflito trabalho família negativo, sendo os profissionais que exercem funções no hospital os que apresentam os valores mais elevados. Verifica-se igualmente que os enfermeiros a exercer no Centro de Saúde apresentam maior realização pessoal e maior conflito trabalho-família positivo.

### Funções de chefia

Na amostra estudada, apenas 12,1% dos enfermeiros desempenha funções em cargos de chefia. Estes resultados são semelhantes quando analisados por género, 14,3% nos enfermeiros e 11,1% nas enfermeiras.

Quanto á influência do exercício de funções de chefia na percepção de riscos psicossociais pelos enfermeiros, existem diferenças estatísticas significativas no conjunto de dimensões *satisfação no trabalho*, onde os enfermeiros que não exercem funções de chefia apresentam valores médios de percepção de riscos psicossociais mais elevados. Esta situação pode-se compreender pelo facto de os cargos de chefia serem melhor remunerados.

Aqueles que possuíam cargo de chefia apresentaram maior prevalência de transtornos mentais, infere-se que as características da organização do trabalho hospitalar com seus múltiplos níveis de autoridade, heterogeneidade de pessoal, condições de trabalho inadequadas e falta de controlo sobre as decisões estejam diretamente relacionados ao aparecimento de conflitos, podendo acarretar adoecimento psíquico (Pinho e Araújo, 2007).

### Exigências da atividade

Quanto às exigências que os enfermeiros percebem no seu local de trabalho, as exigências físicas e mentais em simultâneo são percebidas por 82,8% dos profissionais, 9,9% referem essencialmente as exigências mentais e 7,3% dos enfermeiros refere particularmente as exigências físicas.

A profissão de Enfermagem é cada vez mais exigente, e os seus profissionais têm de manter atualizados os seus conhecimentos para poder dar resposta a essa exigência. Cada vez há mais pessoas doentes, e estes doentes ficam cada vez mais dependentes nas suas atividades de vida diária o que por sua vez exige aos cuidadores maior disponibilidade física.

Em relação á influência que as exigências da atividade têm na percepção dos riscos psicossociais, verificam-se diferenças consideráveis no grupo de dimensões *Exigências Físicas e psicológicas* com os enfermeiros que referem essencialmente as exigências mentais a percecionarem mais riscos relativos do que os enfermeiros que referem ambas as exigências.

O profissional de enfermagem encontra-se exposto a uma grande variedade de riscos de natureza física que contribuem de forma decisiva para a ocorrência de diversas doenças, colocando a enfermagem no grupo das profissões desgastantes e de risco. A estrutura física das unidades, o equipamento utilizado e a adoção de procedimentos incorretos podem estar na origem de certos riscos profissionais. As fontes de ruído, alarmes de monitores, manuseamento de materiais, alterações térmicas constituem outros fatores a ter em consideração.

O processo de transferência e posicionamento de utentes são suscetíveis de causar problemas músculo-esqueléticos, sendo importante a adoção de posturas corretas, assim como, o respeito pelas normas de utilização de todos os materiais e equipamentos. O risco de carga física é difícil de suprimir em absoluto. Existem sempre utentes com os mais variados graus de dependência, pelo que se impõe algumas medidas preventivas para minimizar os riscos físicos (Azevedo, 2007).

Os enfermeiros são um dos grupos profissionais na área da saúde mais expostos ao stresse e às respetivas consequências. As situações de pressão em contexto de urgência/emergência exigem eficiência e atuação rápida, a escassez de tempo e a falta de recursos humanos, os conflitos interpessoais inerentes em qualquer situação, contacto próximo como sofrimento e a gravidade do estado de saúde do ser humano levam frequentemente à exaustão física e psíquica com as respetivas implicações ao nível da vida pessoal familiar e social, responsáveis por grande parte dos conflitos dentro e fora do local de trabalho. Mais ainda, o trabalho por turnos pode provocar alterações orgânicas ao nível do aparelho digestivo e circulatório, pode causar problemas de sono e do foro psicológico manifestando-se através do humor, neurose, ansiedade e depressão que podem potenciar problemas sociofamiliares e ainda afetar a qualidade de vida e de saúde dos enfermeiros, o que influencia de certa forma a sua atividade profissional (Azevedo, 2007).

Em relação á verificação da **Hipótese 2** - Existe relação significativa entre as variáveis socioprofissionais (tipo de vinculo, tempo de serviço, local onde exerce funções, tipo de funções e exigências da atividade) e os fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros, aferimos que:

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

- Existe uma associação significativa entre o tipo de vínculo laboral e a percepção dos riscos psicossociais no trabalho dos enfermeiros;
- O tempo de serviço tem efeito significativo na percepção dos riscos psicossociais no trabalho dos enfermeiros;
- O local onde os enfermeiros exercem funções tem influência significativa na percepção dos riscos psicossociais no trabalho dos enfermeiros;
- O tipo de funções desempenhadas tem efeito significativo na percepção dos riscos psicossociais no trabalho dos enfermeiros;
- Existe associação significativa entre as exigências das atividades e a percepção dos riscos psicossociais no trabalho dos enfermeiros;

## SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Os enfermeiros da nossa amostra, referem uma boa satisfação com o suporte social nas suas diferentes dimensões, mas valores médios ainda longe dos valores máximos. Esta situação verifica-se tanto nos homens como nas mulheres.

Em relação à influência da satisfação com o suporte social na percepção dos riscos psicossociais, verifica-se que com o aumento da satisfação com o suporte social total, diminui a percepção de riscos relativos nos conjuntos de dimensões *Satisfação no Trabalho e valores*, e aumenta a percepção de riscos relativos no conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*. Esta situação verifica-se também quanto à influência da dimensão *Satisfação com os amigos*.

O aumento da dimensão do suporte social *Intimidade*, faz com haja uma diminuição dos riscos relativos nos conjuntos de dimensões *Satisfação trabalho, Apoio Social e Familiar e Valores*, e um aumento da percepção dos riscos relativos ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*.

Na dimensão *satisfação com a família*, verifica-se que quando esta aumenta, aumenta também a percepção dos riscos relativos a *Saúde Física e Psicológica*. Situação que se verifica na dimensão *Atividades Sociais*.

Outros estudos corroboram os nossos resultados, Cardoso (2008) refere que o suporte dos colegas é muito importante para que os enfermeiros se sintam mais vigorosos no trabalho, ou seja, mais energéticos, com maior resistência mental, esforço e persistência no trabalho face as dificuldades, pois os colegas no trabalho poderão fornecer uma elevada escala de comportamentos de suporte para lidar com certos problemas relativos ao trabalho

Segundo Camelo (2006), alguns fatores podem ser desencadeadores de stress como a cultura e a função organizacional, função na organização, desenvolvimento na

carreira, poder de decisão e controlo, relações interpessoais no trabalho, interface trabalho/família, cargas e local de trabalho e planeamento de tarefas.

Conciliar o trabalho com o lar, foi expresso pelos participantes como difícil e desgastante. Observa-se sentimento de insatisfação por parte dos trabalhadores com o tempo dedicado aos familiares. Os conflitos nas exigências do trabalho e do lar é uma condição de risco relacionado com o contexto do trabalho que pode levar ao stress. A irritabilidade causada pelo stress ocupacional pode-se estender á família gerando relações tensas e conflituosas.

A qualidade das relações interpessoais é outro fator importante para determinar o potencial stressante. Foram encontrados altos níveis de stress entre superiores e subordinados e no relacionamento com os próprios colegas (Camelo, 2006).

### AUTO CONCEITO

No que concerne ao autoconceito dos enfermeiros, os valores médios encontrados são 74,71 para a amostra total, valores muito próximos quando analisados por género, 74,36 para as enfermeiras e 75,51 para os enfermeiros.

Estes resultados estão em consonância com os valores de referência para a população portuguesa mencionados por Vaz Serra (2005): 72,14 para a população em geral, 72,06 para as mulheres e 72,20 para os homens.

Quanto á influência do autoconceito na perceção dos riscos psicossociais, verifica-se que com o aumento do autoconceito total, o aumento das dimensões impulsividade/atividade, autoeficácia e aceitação/rejeição, diminui a perceção de riscos relativos nos conjuntos de dimensões *Apoio Social e Familiar e Valores*, e aumenta a perceção de riscos relativos no conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*.

Na dimensão *maturidade psicológica*, verificamos que quando esta aumenta há uma diminuição da perceção dos riscos relativos ao conjunto de dimensões *Valores*.

O autoconceito é constituído por imagens acerca do que nós pensamos que conseguimos realizar e o que julgamos que os outros pensam de nós e de como gostaríamos de ser. Assim, autoconceito será tudo aquilo que uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, avaliações e tendências de comportamento, sendo analisado como um conjunto de várias atitudes do *eu* e únicas de cada pessoa, (BURNS, 1986 cit. in Almeida [et al], 2006)

Costa [et al], (2005), num estudo sobre a existência de mobbing nos enfermeiros referem que à medida que aumenta o autoconceito, diminui o *mobbing*.

O autoconceito torna-se preditivo de um bom ou mau ajustamento (Almeida [et al], 2006).

Quanto á verificação da **Hipótese 3** - Existe relação significativa entre as variáveis psicológicas (satisfação com o suporte social, auto conceito) e os fatores de risco psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros, apuramos que:

- A satisfação com o suporte social influencia significativamente a percepção dos riscos psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros;
- Existe uma associação significativa entre o autoconceito e a percepção dos riscos psicossociais ligados ao trabalho dos enfermeiros.

É de realçar ainda os itens que os enfermeiros referiram como sendo mais prejudiciais á sua saúde, são eles a previsibilidade, devido talvez ás rotinas diárias dos seus afazeres, a influência no trabalho, com provável relação com o fraco poder de decisão em alguns aspetos, o apoio social de superiores, que talvez se explique pela relação cada vez mais restrita ao horário de trabalho, as exigências cognitivas, pelo constante necessidade de atualizar conhecimentos, a satisfação com a chefia direta, pela constante incógnita em relação ao futuro da profissão e a possibilidade de desenvolvimento, que se verifica pelo elevado custo das formações e pelo fraco ou nenhum apoio das instituições de trabalho.

Os itens que são menos referidos como sendo muitos prejudiciais á saúde, são: o Bullying, o Stress, os problemas em dormir, a Confiança horizontal e a Transparência do papel laboral desempenhado

A enfermagem é sem dúvida uma profissão, onde os riscos psicossociais estão associados a múltiplos fatores. O grau de risco está sempre presente, e muita coisa é preciso ser feita para contrariar esta tendência.

#### 4. CONCLUSÃO

No presente estudo tentamos refletir sobre uma temática considerada por nós, muito pertinente: os riscos psicossociais presentes no trabalho dos enfermeiros, pretendendo alargar os nossos conhecimentos relativamente a este assunto.

Temos plena noção do total empenho colocado nesta investigação, mas temos consciência das limitações deste estudo, ainda assim acreditamos que os resultados obtidos servirão para uma melhor compreensão do tema e possibilitará uma visão da incidência real dos *riscos psicossociais* nos enfermeiros.

Pela natureza do trabalho praticado na profissão de Enfermagem, quer nos cuidados de saúde primária, quer nos cuidados a pessoas com problemas físicos ou mentais na sua fase aguda, é imperativo que a saúde e a segurança constituam uma prioridade neste sector. Dados europeus revelam que a percentagem de trabalhadores do sector da saúde que considera que a sua saúde e segurança estão em risco devido à natureza do seu trabalho, é superior à média de todos os sectores na UE.

Considerando os objetivos a que nos propusemos no início desta investigação, as principais conclusões que aferimos são:

- O número de enfermeiras é substancialmente maior que o número de enfermeiros. Os profissionais de Enfermagem são relativamente jovens, com uma média de idades a rondar os 35 anos. A maior parte dos enfermeiros é solteira e possui apenas a Licenciatura.
- A maior parte dos enfermeiros trabalha á menos de 10 anos, trabalha em hospitais e não desempenha funções de chefia. Grande parte dos enfermeiros possui um vínculo definitivo á instituição onde trabalha. As exigências físicas e mentais percecionadas simultaneamente, são as mais referidas.
- Os enfermeiros apresentam uma boa satisfação com o suporte social e revelam ter um bom autoconceito.
- As enfermeiras apresentaram uma maior perceção dos riscos relativos à *Saúde Física e psicológica*;
- Os profissionais mais novos têm uma maior perceção dos riscos relativos às *Satisfação no trabalho* enquanto que os mais velhos percecionam mais os riscos relativamente às *exigências físicas e psicológicas*;
- Os enfermeiros com *Mestrado/Doutoramento* percecionam mais riscos relativamente ao conjunto de dimensões *Saúde Física e Psicológica*.

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

- Os enfermeiros sem qualquer vínculo contratual, percebem mais riscos nos conjuntos de dimensões *Exigências Físicas e psicológicas e Satisfação no trabalho* e os enfermeiros com contrato definitivo têm uma maior percepção dos riscos relativos ao *Apoio Social e Familiar*;
- Com o aumento do tempo de serviço, há uma diminuição da percepção de riscos relativos à *Satisfação no trabalho*;
- Os enfermeiros que trabalham nos hospitais percebem mais os riscos relativamente à *Satisfação no trabalho* e ao *Apoio Social e Familiar*.
- Os enfermeiros que não exercem funções de chefia apresentam índices de percepção de riscos psicossociais maiores relativamente à *Satisfação no trabalho*.
- Os enfermeiros que referem essencialmente as exigências mentais, são os que têm uma maior percepção dos riscos relativos à *Exigências físicas e psicológicas*.
- O aumento da satisfação com o suporte social faz com haja uma diminuição da percepção de riscos psicossociais em relação à *Satisfação no Trabalho e Valores* e faz com que aumente a percepção de riscos psicossociais relativos à *Saúde Física e Psicológica*;
- O aumento do auto conceito na sua totalidade leva a uma diminuição da percepção de riscos relativos ao *Apoio Social e Valores* e um aumento da percepção dos riscos relativo à *Saúde Física e Psicológica*.

## Limitações do Estudo e Sugestões

A avaliação rigorosa dos resultados e da contribuição desta investigação para uma melhor compreensão deste flagelo que são os riscos psicossociais associados ao trabalho, exige que sejam explicitadas de forma clara as diversas limitações que de uma forma ou de outra foi preciso impor á investigação, bem como todas as outras que foram detetadas ao longo do desenvolvimento do trabalho.

A primeira limitação com que nos podemos deparar diz respeito ao instrumento de colheita de dados, mais precisamente em relação às variáveis escolhidas para serem estudadas. Outras variáveis podiam ser incluídas no nosso estudo, como a personalidade dos enfermeiros, características dos locais de trabalho ou o tipo de liderança utilizado, para assim obter outros conhecimentos sobre a percepção dos riscos psicossociais.

Uma outra grande limitação identificada foi na utilização da escala COPSOQ, tendo em conta que esta escala ainda está a ser estudada e validada para a população portuguesa, e a informação de como utiliza-la é pouca, tentamos adapta-la da melhor forma, tendo em conta os métodos utilizados noutros países, para assim retirar o maior contributo desta, para uma melhor compreensão desta temática.

O terreno dos fatores e riscos psicossociais no trabalho ainda é, de maneira geral, uma área pouco explorada. Porém, à medida que os mesmos são levantados e tratados, explicitam-se os benefícios de abordar os vários aspectos preventivos na saúde e segurança no trabalho e direciona-se para uma cultura preventiva cada vez mais robusta.

A saúde e segurança dos enfermeiros e outros trabalhadores, é uma das áreas que é referida por várias organizações, como a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, que necessita de um grande investimento.

Consideramos alguns aspectos que podem ser benéficos para a redução/eliminação dos riscos psicossociais e consequente melhoria da saúde e segurança dos enfermeiros e outros trabalhadores:

- A comunicação, no mundo do trabalho, além de ser uma necessidade humana, é uma ferramenta imprescindível que todos os membros da empresa devem poder levar a cabo nas suas tarefas. O desenvolvimento de um sistema de comunicação eficiente permite que a informação chegue a todo o pessoal, tanto no sentido ascendente como descendente e horizontal, através dos canais existentes na Organização (formais e informais).

- Alterações nas diferentes funções de liderança:

- Funções relativas às relações interpessoais: o líder deve ter formação em técnicas de dinâmica de grupos e treinamento em habilidades sociais, o que lhe permitirá desenvolver com eficiência as suas funções de relacionamento com outros departamentos, com grupos da própria Organização ou externos a ela, bem como as suas funções de representação do seu grupo de trabalho e as suas funções de liderança.

- Funções relativas à transmissão da informação: o desenvolvimento de técnicas de comunicação é muito conveniente para a importante função de transmitir informação para os trabalhadores (objetivos perseguidos, ordens de trabalho, mudanças a serem introduzidas, etc.) e para os seus superiores hierárquicos (preocupações, opiniões e necessidades dos trabalhadores).

- Funções relativas à tomada de decisões: os chefes e diretores que delegam aos seus subordinados a tomada de decisões em determinadas áreas, favorecem o envolvimento dos trabalhadores, aumentando o nível de satisfação profissional dos mesmos.

- Na organização do trabalho pode haver necessidade de uma reorganização das tarefas (alteração do ritmo, rotação de tarefas...), medidas de organização (autonomia, delegação de responsabilidades...), medidas ergonómicas e de melhoria do ambiente de

trabalho (temperatura, humidade, iluminação...), modificação do espaço e do tempo de trabalho (medidas para evitar a aglomeração, o isolamento, prever períodos de descanso...);

- Pode haver a necessidade da realização de ações em relação ao próprio trabalhador, através da informação e da formação, pretende-se dotar o trabalhador de conhecimentos e capacidades que lhe permitam analisar a situação e reagir da forma adequada adotando um comportamento preventivo.

O planeamento da formação em prevenção de riscos profissionais deve partir da análise das necessidades existentes, da identificação dos destinatários, do estabelecimento das prioridades de atuação em função das necessidades detetadas e da determinação dos objetivos formativos que se pretendem atingir. Nesta área os Enfermeiros de reabilitação têm um papel importante decorrente da sua formação especializada, no desenvolvimento de competências relacionadas com a prevenção de riscos relacionados com o trabalho.

De realçar a existência de uma campanha europeia, de inspeção sobre as questões psicossociais, que será desenvolvida no território nacional pela Autoridade para as Condições do Trabalho, enquanto entidade promotora da melhoria das condições do trabalho. A campanha decorre durante o ano de 2012, e direciona-se ao setor da saúde, (instituições públicas, privadas, cooperativas, instituições particulares de solidariedade social, centros de reabilitação hospitalar e unidades de cuidados continuados), com internamento. Tem como objetivo promover a avaliação dos riscos psicossociais nos locais de trabalho, e incrementar a melhoria da qualidade das avaliações de riscos existentes.

Com a crença que os objetivos a que nos propusemos alcançar com esta investigação, foram atingidos, esperamos ter contribuído para o aumento dos conhecimentos acerca dos riscos psicossociais no trabalho, principalmente na área que nos diz respeito que é a Enfermagem.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO - Perspetivas 1 – Novos riscos emergentes para a segurança e saúde no trabalho. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2009.

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO – Research on work related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000. 1- 267.

ALMEIDA, Ana Filipa Araújo Pereira Lages [et al] - **Qualidade de Vida do Adulto**. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Enfermagem, 2006.

ARAUJO, Manuel Salvador Gomes de - **Preditores Individuais e Organizacionais de Bullying no Local de Trabalho**, Universidade do Minho, 2009.

AZEVEDO, Filipa Isabel - Enfermagem, **uma profissão exposta a diversos fatores de risco**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2007.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques - **Riscos Psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipas de saúde da família e estratégias de gerenciamento**. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.

CARDOZO, Tânia - Engagement **nos Enfermeiros: O Papel do Suporte Social no Bem-Estar dos Enfermeiros**. Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2008.

CARVALHO, Guilhermina Dias - O mobbing nos Enfermeiros, In: INFAD.- Badajoz- ISSN 0214-9877, vol. 4, nº 4 (2009), p. 77-81.

COELHO, João Manuel Aguiar - **Gestão Preventiva de Riscos Psicossociais no Trabalho em hospitais do quadro da União Europeia**. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.

COSTA, Alexandra [et al] - **Mobbing nos Enfermeiros**. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Enfermagem, 2005.

FONTE, Cesaltino Manuel Silveira - **Adaptação e Validação para português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, 2011.

FORTIN, Marie Fabienne, **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lusodidacta, Loures, 2009.

FRASQUILHO, Maria Antónia - Medicina, uma jornada de 24 horas? *Stress e burnout* em médicos: prevenção e tratamento, In: Saúde Mental, vol 23, nº 2 julho/dezembro 2005.

FREITAS, Maria do Carmo Nunes de Aragão - **Ansiedade nas avaliações escolares: uma abordagem psicoterapêutica sob estados modificados de consciência num grupo de alunos universitários**. Universidade da Madeira, 2009.

HARBS, Thaiana Crisley [et al], estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. In: Boletim de Enfermagem, vol 1 (2008) p.41-56.

HIRIGOYEN, Marie-France - **Assédio Coacção e Violência no Quotidiano**. Editora Pergaminho, 1999, Lisboa.

HIRIGOYEN, Marie-France - **O assédio no trabalho – Como distinguir a verdade**. Editora Pergaminho, 2002, Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, [Em linha]. Censos - Resultados provisórios – 2011. [Consult. 25 de Junho de 2012] Disponível em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, [Em linha]. População ativa (Série 1998 - N.º por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo; Trimestral - INE, Inquérito ao Emprego [Consult. 12 de Maio de 2012]. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0000245&contexto=pi&selTab=tab0](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000245&contexto=pi&selTab=tab0).

JOÃO, Ana Lucia - Mobbing: vivendo com o assédio moral no trabalho. In: INFAD. – Badajoz – ISSN 0214-9877. Vol. 3, nº3. 2009, p. 375-382.

KALEMOGLU, Murat e KESKIN, Ozkan – Burnout Syndrome at the emergency service, in: Scand J Trauma Resusc Emerg Med, nº 14. 2006, pag.37-40.

Kristensen, T. S., Borg, V. (2003). [Em linha]. *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ): English version*. [Consult. 13 de Maio de 2012]. Disponível em <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Spoergeskemaer/copsoq/english-copsoq-2-ed-2003-pdf.pdf>

LEITE, Ema Sacadura e UVA, António Sousa - Stress relacionado com o trabalho, sociedade portuguesa de medicina no trabalho, 2010, [Em linha]. [Consult. 21 Fevereiro de 2012]. Disponível em: [http://www.ensp.unl.pt/ensp/corpodocente/websites\\_docentes/sousa\\_uva/stress\\_relacionado\\_com\\_o\\_trabalho\\_st-6.pdf](http://www.ensp.unl.pt/ensp/corpodocente/websites_docentes/sousa_uva/stress_relacionado_com_o_trabalho_st-6.pdf).

LOUREIRO, Helena [et al] - Burnout no trabalho, In: Referência II.ª Série - n.º7 - Out. 2008, p. 33-41.

MARCELINO, Dália e FIGUEIRAS, Maria João - A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade, In: PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2007, 8 (1), p. 95-108.

MAROCO, João e TECEDDEIRO, Miguel - Inventário de burnout de Maslach para estudantes portugueses, In: Psicologia, Saúde & Doenças, 2009, 10 (2), p. 227-235.

MEIRELES, Ana, [et al], O *Burnout* como factor hierárquico de 2ª ordem da Escala de *Burnout* de Maslach, In: Análise Psicológica (2008), 4 (XXVI), p. 639-649.

MONCADA, Salvador [et al] - **Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo**. Método Istas, ISBN: 84-609-0559-4, Navarra, 2004.

PEREIRA, Ana Mónica de Sousa - **Burnout e o conflito Trabalho-Família / Família-Trabalho**. Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2009.

PESTANA, Maria, Helena.; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS**. 4 ed. Lisboa : Edições Lisboa, 2005.

PINHO, Paloma de Sousa; ARAUJO, Tânia Maria - Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais, In Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007 jul/set; 15(3):329-36.

PIÑUEL, Iñaki - **Mobbing: Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo**. Santillana ediciones Generales, S.L., 2003, Madrid.

QUEIROZ, Paulo - **Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses**; 1ª ed; Edições Sinais Vitais, (2005).

RIBEIRO, José Luís Pais – Escala de Satisfação com o Suporte Social. **Análise Psicológica**, n.º 3 (Julho/Agosto), 1999.p.547-558

RIQUELME, Alfonso - Mobbing, un tipo de violencia en el lugar de trabajo, Ciencias Sociales Online, julio 2006, Vol. III, No. 2. Universidad de Viña del Mar – Chile.

SÁ, Luis Octávio de - **Burnout e controlo sobre o trabalho em Enfermagem Oncológica**. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 2002.

SANTOS, Diana Martins - **Burnout, estratégias de coping e qualidade de vida nos profissionais de saúde**. Universidade Católica Portuguesa, 2011.

SILVA, Carlos [et al], Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Importância da avaliação de fatores psicossociais para a saúde e bem-estar ocupacional, Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Fevereiro de 2011.

SILVA, Marli Appel - **Trabalho, Relacionamento Marital e Saúde**, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Porto Alegre, 2008.

SILVA, Maria da Conceição de Melo e GOMES, António Rui da Silva - Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses, in: Estudos de Psicologia, nº14 setembro-dezembro, 2009, p. 239-248.

VAZ SERRA, Adriano. Comportamentos de mobbing no local de trabalho. In: Psiquiatria Clínica,- Coimbra,- vol.26, nº3 (Julho/Setembro 2005), p. 171-188.

VAZ SERRA, Adriano - **O stress na vida de todos os dias**. 2ª ed – Coimbra, 2002, XXI, ISBN 972-95003-2-0.

VAZ SERRA, Adriano; MATOS, Ana Paula; GONÇALVES, Susana – Auto-Conceito e Sintomas Depressivos na População em Geral. Psiquiatria Clínica. Coimbra. Vol.7, n.º2 (Abril/Julho, 1986), p.97-101.

WHO, Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview, Geneva: World Health Organization, 2010.



**ANEXOS**



**ANEXO I**

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**





**Instituto Politécnico de Viseu**

**Escola Superior de Saúde de Viseu**

**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

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

Sou Enfermeiro estou a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Viseu, encontro-me neste momento na fase de elaboração de um trabalho de investigação e pedia a vossa colaboração para o preenchimento do questionário que se segue. Tem como principal objetivo conhecer alguns fatores de risco psicossociais no trabalho dos enfermeiros

Toda e qualquer informação fornecida ao responder ao questionário será absolutamente confidencial. Nenhum respondente ao questionário será identificado mesmo quando forem divulgados os resultados do estudo. Apenas estou interessado na informação e nos resultados de grandes grupos de trabalhadores, não nos resultados individuais.

Estou desde já agradecido pela disponibilidade e colaboração

**Instruções de preenchimento:**

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

*Miguel Filipe Almeida Ribeiro*

**Questões previas:**

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

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

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

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

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

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

**DADOS INDIVIDUAIS**

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

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

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

**2. Sexo**

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

**3. Estado civil**

Solteiro (a)	<input type="checkbox"/>
Casado (a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Divorciado (a)	<input type="checkbox"/>
Separado (a)	<input type="checkbox"/>

**5. Habilitações académicas**

Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>

**7. Tipo de Vínculo**

Definitivo	<input type="checkbox"/>
Contrato a termo certo	<input type="checkbox"/>
Contrato sem termo	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>

**8. Anos de serviço** \_\_\_\_\_

**9. Funções de chefia**

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

**10. Local onde exerce funções**

Centro de saúde	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>
Unidade de cuidados continuados	<input type="checkbox"/>
Lar de idosos	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>

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

Mentais	<input type="checkbox"/>
Físicas	<input type="checkbox"/>
Ambas, mentais e físicas	<input type="checkbox"/>

### ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

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

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

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

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

## INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

### INSTRUÇÕES

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

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderada- mente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
01. Sei que sou uma pessoa simpática.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

COPSOQ II – Versão Média

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

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

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

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

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

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					
	<b>1 Sempre</b>	<b>2 Frequentemente</b>	<b>3 – Às vezes</b>	<b>4 Raramente</b>	<b>5 – Nunca/ quase nunca</b>
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					

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

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

	<b>1 – Sempre</b>	<b>2 – Frequentemente</b>	<b>3 – Às vezes</b>	<b>4- Raramente</b>	<b>5 – Nunca/ quase nunca</b>
36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38. É bom no planeamento do trabalho?					
39. É bom a resolver conflitos?					

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho

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

	1 – Sempre	2 – Frequentemente	3 – Às vezes	4- Raramente	5 – Nunca/ quase nunca
40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?					
41. Os funcionários ocultam informação à gerência?					
42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?					
43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
45. A gerência oculta informação aos seus funcionários?					
46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?					
48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente?					
50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos					

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

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

	1 – Extremamente	2 – Muito	3 – Moderadamente	4- Um pouco	5 – Nada/ quase nada
51. O seu trabalho tem algum significado para si?					
52. Sente que o seu trabalho é importante?					
53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?					
54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?					
55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					

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

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

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

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

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

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

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

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

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

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

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

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

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

Obrigado!



**ANEXO II – Estatísticas relativas aos conjuntos  
de dimensões do COPSOQ por faixa etária**



Anexo II

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

GRUPOS DE DIMENSÕES		N	Média	Dp
Exigências físicas e psicológicas	Grupo etário			
	<30	94	50,21	9,201
	30-40	67	51,12	9,421
	40-50	43	53,18	8,989
	>50	28	54,70	9,219
	Total	232	51,57	9,303
Satisfação no trabalho	<30	94	57,78	9,025
	30-40	67	58,31	10,144
	40-50	43	52,97	8,748
	>50	28	48,82	9,248
	Total	232	55,96	9,844
	Apoio social e familiar	<30	94	53,52
30-40		67	55,48	7,220
40-50		43	54,95	7,383
>50		28	53,27	6,421
Total		232	54,32	7,021
Valores		<30	94	49,89
	30-40	67	52,07	7,303
	40-50	43	51,12	6,895
	>50	28	48,65	7,094
	Total	232	50,60	7,209
	Saúde física e psicológica	<30	94	71,18
30-40		67	73,11	10,682
40-50		43	72,05	11,474
>50		28	76,07	11,495
Total		232	72,49	11,056

**Anexo II**

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

GRUPOS DE DIMENSÕES	F	p
Exigências físicas e psicológicas	2,241	0,084
Satisfação no trabalho	9,537	<b>0,000</b>
Apoio social e familiar	1,353	0,258
Valores	2,018	0,112
Saúde física e psicológica	1,523	0,209

Anexo II

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

GRUPOS DE DIMENSÕES	Grupo Etário (I)	Grupo Etário (J)	Media da diferença (I-J)	Dp	p.
Exigências Físicas e psicológicas	<30	30-40	-0,907	1,476	0,927
		40-50	-2,966	1,699	0,303
		>50	-4,490	1,987	0,111
	30-40	<30	0,907	1,476	0,927
		40-50	-2,059	1,803	0,664
		>50	-3,583	2,077	0,313
	40-50	<30	2,966	1,699	0,303
		30-40	2,059	1,803	0,664
		>50	-1,524	2,241	0,905
	>50	<30	4,490	1,987	0,111
		30-40	3,583	2,077	0,313
		40-50	1,524	2,241	0,905
Satisfação no trabalho	<30	30-40	-0,527	1,493	0,985
		40-50	4,816	1,719	<b>0,028</b>
		>50	8,965	2,011	<b>0,000</b>
	30-40	<30	0,527	1,493	0,985
		40-50	5,343	1,825	<b>0,020</b>
		>50	9,491	2,011	<b>0,000</b>
	40-50	<30	-4,816	1,719	<b>0,028</b>
		30-40	-5,343	1,825	<b>0,020</b>
		>50	4,148	2,268	0,262
>50	<30	-8,965	2,011	<b>0,000</b>	
	30-40	-9,491	2,102	<b>0,000</b>	
	40-50	-4,148	2,268	0,262	
<30	30-40	-1,969	1,120	0,296	
	40-50	-1,430	1,290	0,684	
	>50	0,242	1,508	0,999	
	30-40	1,969	1,120	0,296	
	40-50	0,539	1,369	0,979	

## Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros

Apoio Social e Familiar					
Valores	40-50	>50	2,211	1,576	0,499
		<30	1,430	1,290	0,684
		30-40	-0,539	1,369	0,979
	>50	>50	1,672	1,701	0,759
		<30	-0,242	1,508	0,999
		30-40	-2,211	1,576	0,499
	<30	40-50	-1,672	1,701	0,759
		30-40	-2,179	1,145	0,230
		40-50	-1,230	1,318	0,787
	30-40	>50	1,243	1,542	0,852
		<30	2,179	1,145	0,230
		40-50	0,949	1,399	0,905
	40-50	>50	3,422	1,612	0,149
		<30	1,230	1,318	0,787
		30-40	-0,949	1,399	0,905
	>50	>50	2,473	1,739	0,487
		<30	-1,243	1,542	0,852
		30-40	-3,422	1,612	0,149
40-50		-2,473	1,739	0,487	
<30		30-40	-1,930	1,762	0,693
		40-50	-0,875	2,029	0,973
	>50	-4,892	2,372	0,169	
30-40	<30	1,930	1,762	0,693	
	40-50	1,055	2,153	0,961	
	>50	-2,962	2,480	0,631	
40-50	<30	0,875	2,029	0,973	
	30-40	-1,055	2,153	0,961	
	>50	-4,017	2,676	0,438	
	>50	<30	4,892	2,372	0,169
		30-40	2,962	2,480	0,631
		40-50	4,017	2,676	0,438
Saúde física e psicológica					

