

ELISA GUERREIRO LÁZARO

**AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS EM
INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE SOLIDARIEDADE
SOCIAL (IPSS) DA REGIÃO DO ALGARVE**



UAlg

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

INSTITUTO SUPERIOR DE ENGENHARIA

2022

ELISA GUERREIRO LÁZARO

AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS EM INSTITUIÇÕES
PARTICULARES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL (IPSS) DA
REGIÃO DO ALGARVE

Mestrado em Segurança e Saúde no Trabalho

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professor Doutor João Nuno Ribeiro Viseu



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

INSTITUTO SUPERIOR DE ENGENHARIA

2022

Universidade do Algarve

Avaliação dos Riscos Psicossociais em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) da Região do Algarve

Declaração de Autoria de Trabalho:

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados encontram-se devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

Assinatura

(Elisa Guerreiro Lázaro)

Copyright ©2022, por Elisa Guerreiro Lázaro.

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido critério ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Agradeço...

...ao Universo (e a mim mesma) pela conjuntura que se proporcionou e permitiu que esta dissertação de Mestrado acontecesse.

...ao meu marido, Rui Miguel Filipe, pessoa com quem partilho entre muitas coisas, uma fantástica sintonia intelectual que potencia a minha capacidade de me tornar um ser humano cada vez melhor. Agradeço o seu apoio incondicional e determinante neste objetivo realizado.

...ao meu orientador Professor João Viseu que me mostrou o caminho desde o início até ao fim. Obrigada pela inspiração, transmissão de conhecimento e ajuda verdadeira.

...ao grupo de docentes do Mestrado de Segurança e Saúde no Trabalho no Instituto Superior de Engenharia pelas excelentes aulas que fizeram a minha formação, despertaram o interesse e sensibilização para esta área tão bonita e tão importante que é a segurança e saúde no trabalho.

...aos colegas do Curso de Mestrado, pela partilha de experiências e amizade sincera.

...à Paula e ao Tiago, que atenderam prontamente ao meu pedido para participação nesta investigação. Que tenham muita sorte e alegrias profissionais!

...a todos os participantes que dedicaram uma parte do seu tempo a responder ao questionário proposto.

Serei uma pessoa mais feliz se souber que algum dia este trabalho de investigação contribuiu de facto, para a melhoria das condições de trabalho de alguém ou que, pelo menos, despertou o interesse para as questões de riscos psicossociais que tão fortemente podem transformar o bem-estar dos trabalhadores.

Aproveito para deixar um agradecimento especial aos trabalhadores cuja profissão que escolheram foi dedicarem-se a servir o próximo e a fazer sentir bem quem se encontra em situações difíceis, por infortúnio da vida. Portanto, este trabalho é para vocês.

Bem hajam.

RESUMO

De acordo com a União Europeia, os riscos psicossociais relacionados com o trabalho são uma forte ameaça para a saúde e segurança dos trabalhadores, e a literatura científica atual indica que profissões ligadas ao setor da saúde são mais sensíveis à ocorrência desses riscos. Esta investigação, quantitativa e transversal, pretendeu avaliar os fatores de risco psicossociais presentes em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) da região do Algarve e analisar se a perceção dos mesmos varia em função das características sociodemográficas e socioprofissionais dos participantes. A amostragem não probabilística ($n = 216$) foi constituída por diferentes profissões onde a mais comum foi ajudante de ação direta (32.4%); a média de idades foi 42 anos ($M=42.18$; $DP=11.55$) e a maioria pertencia ao sexo feminino (89%). As habilitações literárias mais prevalentes foram: licenciatura (24%), Ensino Secundário (22%) e 3º ciclo (21%). A recolha de dados ocorreu *on-line* pela utilização de um protocolo de investigação constituído por um questionário sociodemográfico e pela versão curta do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire-II* (COPSOQ-II). Na análise dos dados foram realizados testes de diferença de médias, *t-student* (t) e ANOVA (F) para observar se havia diferenças entre os fatores de risco psicossociais propostos pelo COPSOQ-II e as características da amostra. Concluiu-se que os fatores de risco psicossociais que mais colocam os trabalhadores numa situação de risco para a saúde são as exigências cognitivas e emocionais. A perceção dos riscos psicossociais varia em função das habilitações literárias, exercício de funções de chefia e número de horas trabalhadas semanalmente. Por outro lado, os riscos psicossociais revelaram-se mais comuns na classe de trabalhadores que desempenhava funções de chefia. A implementação de melhorias psicossociais nos processos e práticas organizacionais são fortemente recomendadas, com vista a evitar consequências negativas de maior na vida dos trabalhadores em causa e evitar assim o declínio dos serviços.

Palavras-chave: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), fatores de risco psicossociais, segurança e saúde no trabalho.

ABSTRACT

According to the European Union, work-related psychosocial risk factors are a major threat to the health and safety of workers, and the current literature indicates that occupations linked to the health sector are more vulnerable to the occurrence of these risks. This quantitative and cross-sectional study aimed to evaluate the incidence of work-related psychosocial risk factors in *Instituições Particulares de Solidariedade Social* (IPSS) in the Algarve region and to assess whether the perception of these risks varied in terms of the sociodemographic and professional characteristics of the participants. A sample was collected ($N=216$) with workers from different occupations, where the most common was assistant of direct action (32.4%); the mean age of participants was 42 years old ($M=42.18$; $SD=11.55$), and the majority were females (89%). The most common educational background was the bachelor's degree (24%) followed by secondary education (22%) and third cycle of basic education (21%). Data collection occurred online using a research protocol composed by a sociodemographic questionnaire and the short-version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire-II (COPSOQ-II). Data analysis was performed with mean-difference tests, student's t and ANOVA (F), to observe if there were differences between the psychosocial risk factors and the sample characteristics. It was concluded that the most prevalent psychosocial risk factors were cognitive and emotional demands. The perception of psychosocial risk factors varied according to the educational background, performance of management tasks, and number of hours worked weekly. The implementation of psychosocial improvements in the organizational practices and procedures are strongly recommended, with the objective of avoiding negative outcomes in the life of workers and, thus, avoiding the deterioration of services.

Keywords: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), psychosocial risk factors, health and safety at work.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE GERAL	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
ÍNDICE DE TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS	viii
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1 Saúde e bem-estar no trabalho	4
2.2.1 Legislação nacional	6
2.2.2 Diretivas europeias	7
2.3 Fatores de risco psicossociais	8
2.4 Riscos psicossociais	14
2.5 Consequências dos riscos psicossociais.....	16
2.5.1 Alterações psicológicas	17
2.5.2 Alterações sociais	19
2.5.3 Alterações físicas	20
2.5.4 Efeitos nas organizações	22
2.5.5 Efeitos na economia	22
2.6 Gestão dos riscos psicossociais	23
2.6.1 Copenhagen Psychosocial Questionnaire-II – COPSOQ-II.....	25
2.6.2 O modelo teórico de avaliação	25
2.7 Estudos anteriores	27
3. METODOLOGIA	28
3.1 Caracterização da amostra	28
3.2 Instrumento de recolha de dados	31

3.3 Procedimento de recolha de dados.....	34
3.4 Procedimento de análise de dados	35
4. RESULTADOS	37
4.1 Caracterização das subescalas do COPSOQ-II.....	37
4.2 Caracterização dos fatores de risco psicossociais identificados em função das características sociodemográficas.....	42
4.2.1 Diferenças entre o sexo relativamente à incidência de riscos psicossociais	42
4.2.2 Diferenças entre os escalões etários relativamente à incidência de riscos psicossociais.....	42
4.2.3 Diferenças entre o estado civil relativamente à incidência de riscos psicossociais.....	47
4.2.4 Diferenças entre as habilitações literárias relativamente à incidência de riscos psicossociais.....	50
4.3 Caracterização dos fatores de risco psicossociais identificados em função das características socioprofissionais.....	54
4.3.1 Diferenças entre o exercício de funções de chefia relativamente à incidência de riscos psicossociais.....	54
4.3.2 Diferenças entre o tempo de exercício profissional na instituição atual relativamente à incidência de riscos psicossociais.....	60
4.3.3 Diferenças entre o tipo de horário de trabalho relativamente à incidência de riscos psicossociais	64
4.3.4 Diferenças entre o número de horas trabalhadas semanalmente relativamente à incidência de riscos psicossociais	68
4.3.5 Diferenças entre a existência de Serviços de SST/SO relativamente à incidência de riscos psicossociais	72
4.3.6 Diferenças entre a formação em SST/SO relativamente à incidência de riscos psicossociais.....	76
5. DISCUSSÃO.....	81
6. CONCLUSÃO	84

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
----------------------------------	----

ANEXOS

ANEXO A: Protocolo de investigação aplicado

ÍNDICE DE FIGURAS

2. REVISÃO DA LITERATURA

Figura 2.1 - Níveis de influência sobre os fatores de risco psicossociais	9
Figura 2.2 – O Modelo Exigências-Controllo (Karasek, 1979)	26

ÍNDICE DE TABELAS

2. REVISÃO DA LITERATURA

Tabela 2.1 - Fatores de risco psicossociais primordiais	9
---	---

3. METODOLOGIA

Tabela 3.1 - Caracterização das áreas de atuação da população	28
---	----

Tabela 3.2 - Caracterização sociodemográfica da amostra	29
---	----

Tabela 3.3 - Caracterização socioprofissional da amostra	30
--	----

Tabela 3.4 - Dimensões, subescalas e itens do COPSOQ-II – versão curta	32
--	----

4. RESULTADOS

Tabela 4.1 - Análise Descritiva (N=216)	38
---	----

Tabela 4.2 - Análise Correlacional e de Consistência Interna (N=216)	40
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

- CITE - Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego
- COPSOQ-II - *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* - segunda versão
- COVID-19 - *Coronavirus disease 2019*
- DRE - Diário da República Eletrónico
- ESENER - *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks*
- EU-OSHA - Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho
- EUROFOUND - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
- IARC - *International Agency for Research on Cancer*
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade
- LMELT - Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho
- OIT - Organização Internacional do Trabalho
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RJPSST - Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho
- SO – Saúde Ocupacional
- SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
- SST/SO - Segurança e Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional
- UE - União Europeia
- UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação
- URIPSS - União Regional das IPSS do Algarve

1. INTRODUÇÃO

As condições de trabalho nos países ocidentais sofreram enormes mudanças, nas últimas décadas. A par das mudanças nas condições de produção e na indústria, administração e serviços, as exigências sobre os trabalhadores também mudaram. As alterações socioeconómicas como a globalização, métodos de gestão e organização, técnicas de produção e novas tecnologias, devido à crescente mecanização, automatização e robotização industrial, entre outras são, portanto, os motivos das profundas mudanças que se fazem sentir no mundo do trabalho (EU-OSHA, 2018). Os horários, os locais, a intensidade, o ritmo, as competências profissionais e sociais, entre outros aspetos, são, cada vez mais, questões-chave às quais é necessário dar resposta.

Como consequência, o stresse ocupacional aumentou acentuadamente, levando ao aumento de faltas por doença e, assim, dos custos associados às mesmas (EU-OSHA, 1999). A Agência para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) defende que 50% a 60% dos dias de trabalho perdidos poderão ser provenientes do stresse relacionado com o trabalho (EU-OSHA, 1999). Dentre os fatores relacionados com o local de trabalho, a União Europeia (UE) estabeleceu como prioritários os fatores de risco psicossociais, considerando-os um dos campos de investigação prioritários (EU-OSHA, 2018).

A melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores dentro das organizações, bem como a sustentabilidade de um ambiente (psicossocial) de trabalho saudável, depende sobretudo da colaboração entre trabalhadores e gestores (DGS, 2021). Contudo, nas últimas duas décadas, verificam-se diversas mudanças nos ambientes laborais, as quais trouxeram novas oportunidades e também diversos riscos associados. As condições psicossociais do trabalho podem ter um impacto negativo nas áreas emocionais e cognitivas, tendo como consequência episódios de ansiedade, depressão, angústia, exaustão, alterações nos processos de tomada de decisão, capacidade de concentração, entre outros. Os efeitos podem incluir processos de stresse ligado ao trabalho, *burnout*, (que, por vezes, poderá sobrepor-se a estados depressivos e ansiosos) ou ainda, influenciar a evolução de patologias físicas ou mentais pré-existentes no indivíduo (Eurofound, 2007).

A presente investigação incidiu sobre Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) no Algarve. Uma IPSS é uma organização que se destina a apoiar a comunidade onde está inserida, por meio da prestação de serviços de caráter polivalente, que podem atuar em todas as fases de vida do indivíduo: primeira infância (creche e pré-escolar) idade adulta (apoio domiciliário, estruturas de atividade de tempos livres) e final de vida (por exemplo, lares residenciais). Poderá também englobar a prestação de cuidados de saúde por meio de espaços

especializados pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). As IPSS são, por isso, importantes agentes dinamizadores do desenvolvimento local e social (Ministério do Trabalho, 2021) De modo a assegurar os seus serviços, uma IPSS depende do contributo profissional de diferentes setores, nomeadamente: administrativo, saúde, restauração e educação. Segundo a Comissão Europeia, as profissões ligadas ao setor da saúde são especialmente vulneráveis ao stresse e às exigências laborais (cognitivas e emocionais) sendo uma problemática frequentemente identificada neste grupo profissional, sobretudo devido à presença de determinados fatores de risco psicossociais, como por exemplo, longas jornadas de trabalho, número insuficiente de trabalhadores, o contacto permanente com o sofrimento alheio, e, por vezes, o contacto com a morte (Alves, 2018; Rodrigues, 2018; Silva et al., 2006). Além disso, existem os restantes setores que estão também sujeitos aos fatores de risco psicossociais referidos, e a outros como insegurança laboral, saúde geral e conflito trabalho-família (Eurofound, 2007). Atendendo a que as IPSS são locais nos quais os trabalhadores estão expostos a elevados padrões de exigências laborais, relações sociais, interface trabalho-indivíduo, valores e obviamente saúde e bem-estar, são assim locais elegíveis para este tipo de estudos (Costa & Neto, 2020; Pereira et al., 2018).

O desafio estabelecido foi identificar a prevalência dos riscos psicossociais e verificar se a perceção dos mesmos varia em função das características sociodemográficas e socioprofissionais da amostra. Foi mantida a perspetiva de se sensibilizar sobre o tema (dirigentes e trabalhadores), contribuir para a melhoria das condições de trabalho, através do reconhecimento da importância dos riscos psicossociais, e, conseqüentemente, para a melhoria das condições de utilização

A presente investigação pretendeu dar resposta à pergunta de investigação “Qual é a incidência de riscos psicossociais em trabalhadores de IPSS da região do Algarve?” Para tal, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível do **sexo**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- b) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível da **idade**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- c) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível do **estado civil**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- d) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível das **habilitações literárias**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;

- e) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível de **grupo profissional**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- f) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível do **exercício de funções de chefia**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- g) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível do **tempo de exercício profissional na instituição**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- h) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível do **tipo de horário**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- i) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível do **número de horas de trabalho semanal**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- j) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível **da existência ou não de Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO)**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais;
- k) Observar se existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível de **formação sobre SST/SO**, relativamente à incidência dos riscos psicossociais.

Em suma, pretendeu-se verificar se a perceção dos riscos varia em função das características sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias) e socioprofissionais (grupo profissional, exercício de funções de chefia, tempo de serviço, horário de trabalho, número de horas de trabalho semanal, acesso a Serviços de SST/SO e formação em SST/SO) dos participantes. Nesta investigação, de desenho transversal e técnica de amostragem não probabilística, por conveniência do investigador, obteve-se a informação necessária ao estudo através da utilização de um protocolo de investigação no qual consta o questionário *Copenhagen Psychosocial Questionnaire–II* (COPSOQ-II) - versão curta.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde e bem-estar no trabalho

A definição de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), consiste num estado ótimo a nível físico, mental e social, não se tratando apenas da ausência de doença (Silva et al., 2006). Em relação à saúde mental, a mesma entidade atribui uma definição concreta para este aspeto, defendendo que a saúde mental é um estado de bem-estar onde o indivíduo consegue fazer face ao stresse, ao mesmo tempo que é capaz de colocar em prática as suas capacidades no trabalho de forma produtiva (EU-OSHA, 2012; European Communitities, 2005). A saúde mental é, portanto, uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos, interdependente da saúde física, é parte indissociável do funcionamento pleno dos indivíduos, dado que possibilita a sua integração no trabalho e na sociedade. Contribui, também, para a realização intelectual e emocional, facilitando a tão importante capacidade de adaptação à mudança (Conselho Nacional da Saúde, 2019; European Communitities, 2005).

O trabalho tem um valor importantíssimo para a saúde do indivíduo. São muitos os fatores de satisfação, saúde e bem-estar ligados ao trabalho e à profissão. Por exemplo, o trabalhador sente que faz parte integrante da sociedade e sente-se importante ao desempenhar um papel profissional, necessário e valioso; encontra na profissão a oportunidade para exercer as suas competências, utilizar e ampliar os seus conhecimentos; e tem hipótese de fazer parte de um ambiente social de interação com os outros onde existe uma orientação conjunta para os mesmos objetivos, existindo apoio proveniente de uma rede de relacionamentos interpessoais. O trabalho proporciona também, a necessária estruturação do tempo e ainda, não menos importante, a compensação financeira que atende às necessidades básicas do indivíduo. Quando ao trabalho estão agregadas perceções de valorização e de reconhecimento isso conduz a sentimentos de satisfação e segurança, o que contribui para a saúde mental do trabalhador. O apoio social, o sentimento de inclusão, de significado e de sentido do trabalho, assim como ter condições para tomar decisões no âmbito laboral e para organizar e controlar o trabalho de acordo com o seu próprio ritmo, são alguns exemplos de fatores protetores e/ou promotores da saúde mental (EU-OSHA, 2012; Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2014). Em suma, quando existe bem-estar no trabalho, o trabalhador sente e vive com satisfação profissional, motivação e empenho, criatividade, qualidade de desempenho, qualidade de vida e maior capacidade de trabalho. Por outro lado, a empresa obtém maior produtividade, inovação, competitividade, qualidade do serviço/produto, proteção do capital humano, reforço da imagem/marca e os índices de lucro são positivos (DGS, 2021).

No entanto, o trabalho pode revestir-se de aspetos negativos e prejudiciais. É recorrente o sofrimento psíquico no trabalhador quando, nomeadamente: o trabalho é desprovido de significado, não há valorização, não existe suporte social e/ou constitui uma fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica do trabalhador; em situações de intensificação do trabalho (tempo e ritmo) ou ao contrário, quando existe défice de trabalho; em situações de reestruturação da organização, de incorporação tecnológica ou na existência de processos de comunicação e de liderança fracos; e ainda quando existe ameaça de perda do emprego (ameaça à subsistência) (Ministério da Saúde do Brasil, 2001; OMS, 2020; Rodrigues, 2018). As repercussões negativas decorrentes de problemas de saúde mental no trabalhador manifestam-se, comumente, por meio de acidentes de trabalho, aparecimento de doenças incapacitantes e através do conflito trabalho-família. Por outro lado, a empresa sofre pelo aumento do absentismo e do presentismo, dos conflitos laborais, rotatividade de pessoal, e pelos custos de saúde associados (EU-OSHA, 2012, 2014; Matrix, 2012; OMS, 2020). Quando existe desgaste em relação ao trabalho (sinais de desânimo e descontentamento) surge o sofrimento, o qual é, numa primeira fase, o limite entre a saúde e a doença, nos trabalhadores (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2014).

Nas ocasiões anteriormente citadas, ocorrem os riscos psicossociais no trabalho, os quais estão relacionados, em grande parte, com as novas tendências no mundo laboral, anteriormente citadas, a acrescentar a alteração do significado do trabalho e dos valores laborais (Brun & Milczarek, 2007; ILO, 2016; Leka & Jain, 2010). Neste contexto, é importante realçar o aumento das exigências do trabalho e dos recursos mentais despendidos por exemplo, a carga mental de trabalho, que têm resultado numa variedade de circunstâncias que potenciam sobretudo o stresse laboral (NORA, 2002).

A pandemia da *Coronavirus disease* 2019 (COVID-19) desencadeou mudanças laborais profundas e inimagináveis que, de forma súbita e imprevisível, impuseram exigentes e complexos desafios sociais, económicos e de SST/SO, para além de colocar em evidência a importância da gestão dos fatores de risco psicossociais no contexto do trabalho, face à saúde física, saúde mental e bem-estar dos indivíduos (trabalhadores ou empregadores). (Morganstein, 2020; NORA, 2002; United Nations, 2020).

2.2 Serviços de SST/SO

Cerca de 80% dos gestores de empresas/estabelecimentos da UE manifesta algum tipo de preocupação com os riscos psicossociais, nomeadamente o stresse no trabalho, a violência e o assédio (Eurofound & EU-OSHA, 2012). Contudo, de acordo com um inquérito europeu, realizado pela EU-OSHA, às empresas sobre riscos novos e emergentes, menos de 30% das

organizações na Europa dispõem de procedimentos para fazer face ao stress no local de trabalho, ao assédio e à violência de terceiros; e mais de 40 % dos quadros dirigentes europeus consideram que os riscos psicossociais são mais difíceis de gerir do que os riscos de SST/SO já existentes, o que aumenta a dificuldade em gerir estes aspetos, por parte das empresas (EU-OSHA, 2019b). Entre os 32 países que participaram no inquérito realizado pelo Observatório de Riscos Europeu, Portugal ficou em 29º lugar quanto à gestão nacional dos riscos psicossociais, abaixo da média europeia (EU-OSHA, 2018; Herbert & Cohen, 1993).

Os princípios básicos de SST/SO, assim como as disposições das normas internacionais do trabalho, foram concebidos para alcançar um objetivo vital: garantir que o trabalho ocorra num ambiente seguro e saudável (Silva et al., 2006). É, portanto, uma área multidisciplinar que articula questões relacionadas com a medicina e outras áreas científicas, nomeadamente o direito, as tecnologias e a economia. O reconhecimento formal da SST/SO como princípio fundamental foi proposto pela primeira vez em 2017 durante o debate recorrente sobre os princípios e direitos fundamentais no trabalho. Nessa ocasião, o representante da União Europeia e dos seus Estados-membros avançou com a ideia de que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) deveria explorar a possibilidade de incluir a segurança e saúde no trabalho (OIT, 2022). Com o intuito de proteger os trabalhadores, vários documentos foram elaborados por diversos organismos internacionais como: OMS, OIT, Comité Misto da OIT/OMS de Saúde Ocupacional, Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound), Conselho da Europa, e pela EU-OSHA (Rodrigues, 2018).

No âmbito dos riscos profissionais de natureza psicossocial destacam-se como principais instrumentos e bases legais os seguintes:

2.2.1 Legislação nacional

- **A Constituição da República Portuguesa** determina que a organização do trabalho é um direito do trabalhador e, como tal, deve permitir a realização pessoal e respetiva conciliação com a vida familiar (Assembleia da República Portuguesa, 1976);
- **O Código do Trabalho** (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro) anuncia que é dever do empregador zelar pelas boas condições de trabalho, do ponto de vista físico e moral (incluindo a parentalidade), proporcionando a conciliação da vida familiar com a vida profissional (PGDL, 2009a);
- **A Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas** (Lei n.º 35/2014, de 20 de junho) refere que, à semelhança com a lei anterior, o empregador público é responsável pelas boas condições de trabalho e deve prevenir os riscos e as doenças profissionais, atendendo à proteção da

segurança e saúde do trabalhador, adotando para o efeito as medidas necessárias à atividade em questão (PGDL, 2014);

- A **Lei de Bases da Saúde** (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) menciona vários pontos relativos à saúde, tais como: o direito à proteção da saúde, promoção do bem-estar mental, preocupação com a saúde ocupacional dos trabalhadores particularmente vulneráveis aos riscos psicossociais, etc. (PGDL, 2019);

- A **Lei da Saúde Mental** (Lei n.º 36/1998, de 24 de julho) institui os princípios gerais da política de saúde mental (PGDL, 1998);

- O **Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho (RJPSST)** (Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro) aborda os riscos psicossociais no local de trabalho em duas principais vertentes: (a) obrigações gerais do empregador em que este deve zelar continuamente pelo exercício da atividade do trabalhador, em condições de segurança e de saúde, dando enfoque à redução dos fatores de risco psicossociais, nomeadamente as relações sociais, atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo, entre outros pontos; (b) proibição ou condicionamento de atividades que envolvam a exposição aos agentes químicos, físicos e biológicos ou outros fatores de natureza psicossocial que possam causar prejuízo ao trabalhador (PGDL, 2009e);

- O **Código Penal** (Decreto-Lei n.º 48/95) atente à integridade física e psicológica do trabalhador ao estabelecer pena de prisão aos responsáveis por atividade ilícitas de todos os tipos de exploração no trabalho, incluindo violência (PGDL, 1995).

Existem também diplomas legais específicos relativos aos equipamentos de segurança, movimentação manual de cargas e prevenção de acidentes.

2.2.2 Diretivas europeias

- A **Diretiva 89/391/CEE do Conselho, de 12 de junho** garante os princípios mínimos de SST/SO em toda a Europa (Parlamento Europeu e do Conselho, n.d.);

- A **Estratégia comunitária 2007/2012 para a SST/SO** que refere ser vital identificar e acompanhar os riscos novos e emergentes (por exemplo, riscos psicossociais) (Parlamento Europeu e do Conselho, n.d.);

- A **Diretiva 2002/73/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de setembro** concretiza o princípio da igualdade de tratamento entre homens e mulheres no acesso ao emprego, entre outros; e dispõe sobre os riscos psicossociais de assédio moral e sexual (Parlamento Europeu e do Conselho, n.d.);

▪ A **Diretiva 2003/88/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de novembro** fixa as prescrições mínimas de SST/SO sobre a organização do tempo de trabalho (por exemplo, períodos de descanso, descanso semanal, férias, aspetos do trabalho noturno, por turnos, ritmo de trabalho, etc.) (Parlamento Europeu e do Conselho, n.d.).

Destacam-se, ainda, os seguintes documentos com especial relevância no contexto europeu:

- Livro Verde “Melhorar a saúde mental da população” (Comissão das Comunidades Europeias, 2005);
- “*Mental health in workplace settings - Consensus Paper*” (McDaid, 2008);
- Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-estar (Comissão Europeia., 2008); e
- Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia (Comissão Europeia, 2016).

2.3 Fatores de risco psicossociais

Fator de risco é um agente suscetível de provocar um efeito adverso na saúde do trabalhador, por vezes, identificado como “o perigo” ou “a causa” (EU-OSHA, 2021a). Fator de risco de natureza psicossocial resulta de um conjunto de relações entre a atividade profissional (condições de trabalho, o conteúdo das tarefas, etc.) o indivíduo e a capacidade de resposta, e a cultura da organização. Estes componentes influenciam, por sua vez, o rendimento no trabalho, a satisfação e, ainda, a saúde (DGS, 2021; Leka & Cox, 2008).

É possível agrupar os fatores de risco psicossociais em quatro categorias (DGS, 2021):

1. Natureza, conteúdo e carga de trabalho;
2. Condições, organização e tempo de trabalho;
3. Contextos relacionais do trabalho; e
4. Relação trabalho-vida familiar, social e cultural.

Por sua vez, os fatores de risco psicossociais poderão ser influenciados a três níveis (Figura 2.1):

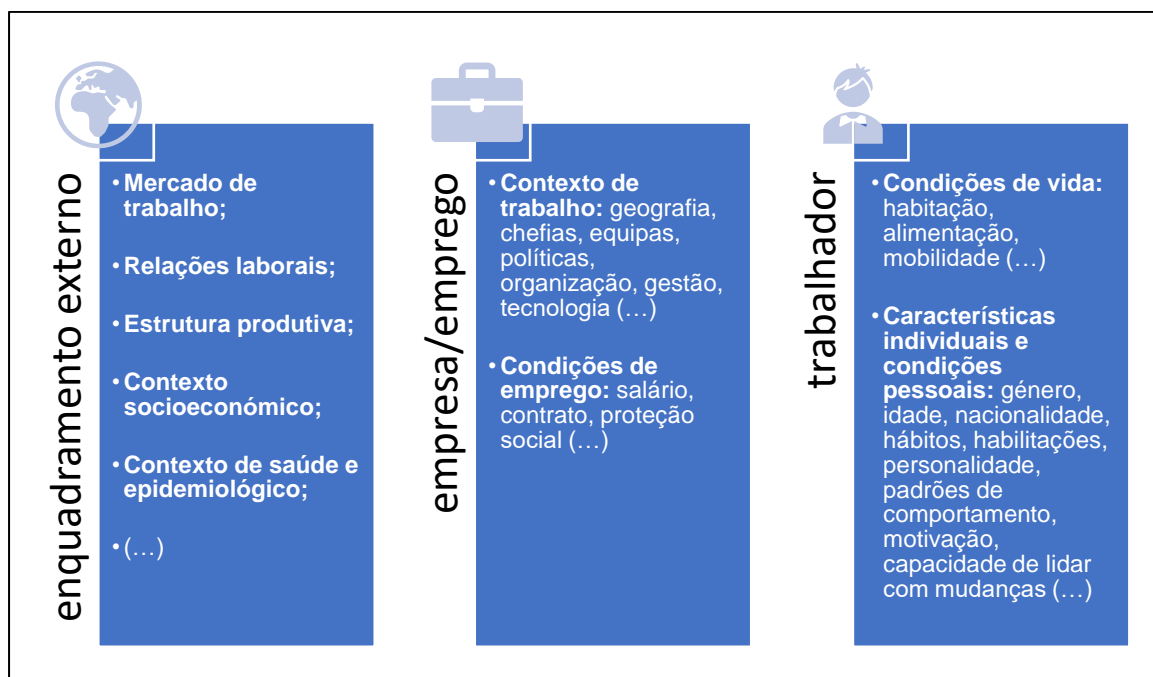
1. A nível global (macro) pelo enquadramento externo à empresa;
2. A nível da empresa (meso) pelo contexto de trabalho (incluindo o ambiente social de trabalho) e condições de emprego (EU-OSHA, 2018); e
3. Ao nível do trabalhador (micro) pelas características e condições de vida individuais.

Embora estes fatores de risco possam ser agrupados de forma individualizada, existe uma sinergia entre si e também uma interação com outros fatores (por exemplo, fatores de natureza química, física e biológica). Para que estes sejam considerados autênticos fatores de risco psicossociais do trabalho, é obrigatório que:

1. Sejam situações com relevante importância para o trabalhador;
2. Representem exigências às quais o trabalhador entende que excedem os seus recursos (por exemplo, competências ou capacidades); e
3. Sejam compreendidos como situações fora do controlo do trabalhador, sobretudo quando coexiste uma fraca perceção de suporte social acompanhada de emoções negativas.

Figura 2.1

Níveis de influência sobre os fatores de risco psicossociais.



Nota: Adaptado de DGS (2021, p. 25).

O fator de risco é, portanto, um agente suscetível de provocar um efeito adverso (lesão/dano) na saúde do trabalhador, e cabe aos Serviços de SST/SO da Empresa, a avaliação destas situações (DGS, 2021). Na Tabela 2.1 é possível conhecer os principais fatores de risco psicossociais e respetiva definição.

Tabela 2.1

Fatores de risco psicossociais primordiais.

1. NATUREZA, CONTEÚDO E CARGA DE TRABALHO
1.1. Monotonia do trabalho
A avaliação conclui que as tarefas e funções desempenhadas apresentam pouca emotividade e variância (por exemplo, longos períodos na mesma posição). O trabalhador sente-se muitas vezes aborrecido e/ou desmotivado. Integra o conceito de “ trabalho monótono ”.

1.2.Repetitividade de tarefas

A avaliação conclui que a execução de movimentos é idêntica, os movimentos são realizados em mais de duas a quatro vezes por minuto, acima de 50% do tempo de ciclo de trabalho, e em ciclos de duração inferior a trinta segundos ou, são realizados durante mais de quatro horas, tratando-se da repetição de tarefa(s), movimento(s) ou solicitação(ões) muito similar(es), em ciclos de trabalho muito curtos. O caráter repetitivo do trabalho leva ao surgimento de cansaço físico e psicológico/mental, e ao desgaste. Integra o conceito de “trabalho repetitivo”.

1.3.Intensidade do ritmo trabalho

A avaliação conclui que existe um encadeamento de tarefas excessivamente rápido, com um ritmo desajustado e exigente, por vezes sem pausas. O trabalhador sente cansaço físico e mental devido ao esforço a que o ritmo de trabalho acelerado e mal gerido leva.

1.4.Exigência do trabalho¹

A avaliação conclui que o equilíbrio entre as exigências/solicitações do trabalho e a capacidade que o trabalhador tem para a realização das tarefas é desajustado/incompatível. As exigências podem advir de três campos distintos:

1) Exigência cognitiva: existe um elevado esforço mental para acompanhar a informação; o nível de concentração é exigente e/ou existe um excesso de solicitações sensoriais, cognitivas e intelectuais; o trabalhador sente fadiga mental.

2) Exigência emocional: podem advir, por sua vez, de diferentes situações como (a) o contexto social em que o trabalho se insere: (a) contextos problemáticos (por exemplo, trabalho com reclusos, comportamentos aditivos ou vítimas de abusos); (b) o dia-a-dia do trabalhador consiste em lidar com o sofrimento alheio e até mesmo a morte; (c) o trabalhador é obrigado a expressar emoções (por exemplo, empatia) contrárias às que realmente sente (por exemplo, discordância) existindo uma dissonância emocional; e (d) o trabalho em si exige isolamento social e/ou físico.

3) Exigência física: o ritmo, carga estática ou dinâmica e/ou esforço praticados no trabalho conduzem à fadiga física (por exemplo, incumprimento de intervalos de recuperação).

1.5. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho

A avaliação conclui que existe:

(a) Carência de autonomia/controlo: o trabalhador praticamente não participa nas decisões e planeamento do seu trabalho (por exemplo, decidir o ritmo, a carga e o tempo de trabalho),

por norma não pode desenvolver ideias ou apresentar soluções e/ou resolver problemas da forma que considera ser a melhor; e

(b) Excesso de autonomia/controle: traduz-se em insegurança, incapacidade e/ou desmotivação sentidas pelo trabalhador no que confere ao planeamento e realização das tarefas.

1.6. Inadequação de competências

A avaliação conclui que existe um desajuste entre as competências do trabalhador e as exigidas pelo desempenho da profissão, existindo uma de duas hipóteses:

(a) Carência de competências: o trabalhador sente-se inseguro, com falta de confiança nas atividades que executa, tem dificuldade na concretização ou tem um sentimento de “exploração” das suas capacidades (por exemplo, infra qualificação);

(b) Excesso de competências: o trabalhador sente frequentemente falta de interesse no trabalho advinda da falta de oportunidade em aplicar os seus conhecimentos e/ou não ver valorizada a sua capacidade intelectual (por exemplo, sobre qualificação).

1.7. Objetivos irrealistas

A avaliação conclui que os objetivos de trabalho são ambíguos, improváveis/impossíveis de alcançar. O trabalhador sente-se desmotivado perante os objetivos de trabalho mal definidos.

2. CONDIÇÕES, ORGANIZAÇÃO E TEMPO DE TRABALHO

2.1. Condições inadequadas do ambiente de trabalho

A avaliação conclui que o trabalhador considera que a atividade profissional é desenvolvida em situações prejudiciais à sua segurança e saúde como instalações precárias, condições ambientais insalubres (por exemplo, ruído, temperatura, vibração, iluminação, ventilação, espaço de trabalho, produtos químicos) incluindo o teletrabalho. Integra o conceito de “trabalho em condições adversas”.

2.2. Falta de requisitos do equipamento de trabalho

A avaliação conclui que a segurança e/ou saúde do trabalhador é, ou poderá vir a ser, afetada pela falta de conhecimento acerca do equipamento de trabalho ou quando o trabalhador reconhece que o equipamento não está em conformidade, estando a atividade profissional condicionada ao uso de equipamento obsoleto, ineficaz ou para o qual o trabalhador não teve formação.

2.3. Constrangimentos no tempo de trabalho

A avaliação conclui que a duração da jornada de trabalho é ultrapassada com frequência; as boas práticas de segurança e saúde do trabalhador (por exemplo, descanso diário, semanal

e/ou intervalo de descanso) não são mantidas; o período de trabalho definido e as exigências das tarefas desempenhadas, não são compatíveis; e/ou existem dificuldades impostas pelo horário de trabalho entre a conciliação da vida pessoal do trabalhador (vida familiar, frequência de cursos, etc.) e a atividade profissional.

2.4. Turnos

A avaliação conclui que a duração de trabalho de cada turno ultrapassa os limites máximos dos períodos normais de trabalho; no que respeita à segurança e saúde no trabalho, os trabalhadores não beneficiam de um nível de proteção adequado ao tipo de trabalho em questão, e nem usufruem dos meios de proteção e prevenção equivalentes aos atribuídos aos restantes trabalhadores. O trabalhador sente-se desajustado ao trabalho, observando-se efeitos adversos na sua saúde e bem-estar². Integra o conceito de “**trabalho por turnos**”.

2.5. Horário noturno

A avaliação conclui que, num espaço de vinte e quatro horas, o trabalho noturno ultrapassa mais de oito horas de trabalho, o que implica riscos especiais ou tensão física ou mental significativas³. A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante não obtém dispensa de prestação de trabalho no período noturno (entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte): (a) Durante um período de 112 dias antes e depois do parto, dos quais pelo menos metade antes da data previsível do mesmo; (b) Durante o restante período de gravidez, em caso de necessidade para saúde do nascituro ou da grávida; e (c) durante o período que durar a amamentação, em caso de necessidade para a sua saúde ou para a da criança. O trabalhador sente-se desajustado ao trabalho, havendo efeitos adversos na sua saúde e bem-estar⁴. Integra o conceito de “**trabalho noturno**”.

3. CONTEXTOS SÓCIO RELACIONAIS DO TRABALHO

3.1. Falta de suporte (ou apoio) social

A avaliação conclui que a atividade profissional é realizada de forma independente (trabalho isolado) e/ou com fraco apoio emocional, material e/ou informativo, por parte das restantes pessoas participantes. O trabalhador sente, em relação à entidade patronal e/ou colegas, carência emocional, falta de estímulo (por exemplo, apoio relativo à realização das tarefas) e/ou falta de valorização profissional.

3.2. Conflitos laborais

A avaliação conclui que existe conflito no trabalho em, pelo menos, num dos seguintes níveis: (a) conflito pessoal, em que há desacordo de valores ou princípios, entre o trabalhador e outro elemento; (b) conflito interpessoal ou intergrupar, onde o desacordo envolve mais do

que duas pessoas ou é entre equipas da empresa; (c) conflitos com outros trabalhos, quando existem outros trabalhos/tarefas (na empresa ou fora) que dificultam a realização das funções; e (d) conflitos entre necessidades e valores (o trabalhador vê-se na situação em que tem de agir contra os seus valores ou princípios) na execução do seu trabalho. O trabalhador sente diversos tipos de pressão, provenientes de choque de personalidades, desacordos e/ou altas expectativas.

3.3. Relações de poder e liderança disruptivas

A avaliação conclui que existem determinados comportamentos, provenientes de superiores, subordinados ou colegas, inadequados ou prejudiciais à saúde e bem-estar do trabalhador. As situações verificadas incluem: assédio, violência, *mobbing*, más práticas de liderança (por exemplo, autoritarismo, falta de transparência, excesso de controlo, etc.). O trabalhador vê afetada a sua saúde e bem-estar, satisfação e motivação profissional.

4. RELAÇÃO TRABALHO / VIDA

4.1. Conflito “trabalho-família”

A avaliação conclui que o stresse proveniente da atividade profissional ou o tempo dedicado ao desempenho das funções do trabalho, prejudicam o desempenho de outros papéis (cônjuge, parental, comunitário). Inclui o exercício das funções fora do horário de trabalho.

4.2. Insegurança no emprego

A avaliação conclui que o trabalhador sente insegurança a nível de: (a) perder o emprego de forma involuntária (nível quantitativo); e (b) deixar de usufruir de determinadas condições de trabalho as quais aprecia e/ou tem direito (nível qualitativo). Destas situações excluem-se: trabalho a tempo inteiro, duração indeterminada, proteção social, e salário. Pode estar relacionado ou é relacionável com a precaridade laboral.

Nota. Adaptado de DGS (2021, p. 27). ¹.Engloba aspetos quantitativos e qualitativos da carga de trabalho; ².São alguns exemplos: distúrbio do ritmo circadiano e das funções psicofisiológicas (por exemplo, ciclo sono/vigília); b) aumento do risco da ocorrência de acidentes ou falhas, decorrentes de transtornos no desempenho eficaz do trabalho ao longo de 24 horas; c) problemas de relacionamento interpessoal (relações familiares ou sociais) com consequências negativas; d) distúrbios do sono e dos hábitos alimentares; e) problemas graves e a longo prazo que se refletem sobretudo nos seguintes sistemas do corpo humano: cardiovascular (doença isquémica cardíaca e hipertensão) (Costa, 1996), metabólico (diabetes tipo 2, síndrome metabólica) (Moreno et al., 2019), gastrointestinal (gastroduodenite, úlcera péptica e colite), e nervoso (ansiedade, fadiga crónica, depressão); ³.Entende-se por atividades que implicam riscos especiais ou tensão física ou mental elevada: a) isoladas, monótonas ou repetitivas; b) na construção civil, nomeadamente demolição, escavação, movimentação de terras, trabalhos em espaços confinados, trabalhos na via pública sem interrupção do trânsito, quando existe risco de queda de altura ou de soterramento; c) na indústria extrativa; d) quando envolvem explosivos, pirotecnia e gases; e) quando há contacto com corrente elétrica (média ou alta tensão); g) quando o empregador conclui que, após avaliação dos riscos, existe perigo

para a saúde do trabalhador; ⁴.Exemplos citados na nota n.º 2. O trabalho por turnos com horário noturno foi classificado, em 2019, pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) como um provável carcinogéneo para o ser humano (grupo 2A) derivado da existência de estudos que estabelecem a ligação entre a existência de neoplasias e a disrupção dos ritmos circadianos (OPP, 2020).

2.4 Riscos psicossociais

O risco profissional de natureza psicossocial (risco psicossocial) ocorre aquando da afetação da saúde física, social e/ou mental do trabalhador, e respetivos efeitos (mais ou menos graves) derivados da influência de(dos) fator(es) de risco psicossocial(ais) presentes no local de trabalho (OMS, 2010).

Praticamente todos os fatores de risco psicossociais interferem de forma positiva ou negativa no bem-estar do colaborador, o que leva à ocorrência dos riscos psicossociais (Silva et al., 2006). Desta forma, um ambiente de trabalho psicossocial desajustado combinado com o stresse ocupacional, pode ter um efeito negativo (direto ou indireto) na saúde física e bem-estar do trabalhador. Listam-se de seguida, alguns conceitos fundamentais sobre o tema (DGS, 2021):

- a) Os fatores de origem biológica, química, física interagem com os fatores de risco psicossociais, e estes últimos, interagem entre si;
- b) O stresse no trabalho e outros efeitos manifestos na saúde do trabalhador resultam da complexa interação entre tarefa-trabalhador-empresa, e é derivado de processos complexos entre mais que um fator de risco, na grande maioria das situações, e com origem em mais que uma fonte (Observatorio Vasco de Acoso Moral, 2012);
- c) A forma como o trabalhador percebe os (múltiplos) fatores de risco psicossociais determina o impacto que os mesmos têm sobre a sua saúde e bem-estar, podendo esses efeitos ser totalmente distintos, uma vez que a mesma situação pode ser percebida como uma ameaça ou como um desafio;
- d) O contacto com vários fatores de risco psicossociais pode agravar as consequências adversas à saúde do trabalhador, em comparação com o contacto resultante de apenas um fator. Por exemplo, o ritmo acelerado e as exigências elevadas, combinados com falta de autonomia/controlo e baixo apoio social, levam ao aumento do risco de problemas no sistema imunológico, doença cardiovascular, ansiedade e depressão;
- e) Entre outras capacidades, as estratégias de *coping* (ou seja, formas individuais de lidar com o stresse), a motivação e a resiliência, podem ditar a possibilidade do desenvolvimento de perturbações mentais, pelo que as características inerentes à personalidade, experiências e

vivências pessoais, e respetiva interação com o ambiente de trabalho, são fatores determinantes da saúde (Observatorio Vasco de Acoso Moral, 2012);

f) Existe uma certa evicção em procurar ajuda, aquando da presença de problemas de saúde mental, derivado de alguns estigmas e discriminação que podem advir dessa situação, pelo que a correta avaliação e conseqüente encaminhamento para tratamento são processos de extrema importância, de forma a evitar a ocorrência de doença mental grave (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; Conselho Nacional da Saúde, 2019).

Os riscos psicossociais representam, atualmente, uma das maiores ameaças ao trabalhador, a nível da saúde física e mental. Em simultâneo constituem uma ameaça às empresas, afetando a produtividade e organização das mesmas. Dentre estes riscos, é possível identificar os seguintes: o assédio (moral e sexual), a síndrome de *burnout*, o stress ocupacional, a violência no trabalho, a adição ao trabalho, a fadiga e a carga mental no trabalho, assim como o trabalho emocional (OPP, 2020). Estes riscos, de potencial efeito negativo, têm a sua origem em áreas como: organização e gestão do trabalho, e contexto social.

Existe um consenso razoável quanto à origem dos riscos psicossociais. No entanto, as mudanças na vida de trabalho (por exemplo, a pandemia da COVID-19 e alterações no conteúdo e organização do trabalho, mudanças na vida profissional, alterações socioeconómicas) não só aumentaram a exposição aos riscos psicossociais reconhecidos, como originaram (e originam) novos riscos denominados riscos psicossociais emergentes (Hamouche, 2020). Estes são, segundo a EU-OSHA, quaisquer novos riscos (que antes não existiam) e que, simultaneamente, estão a aumentar (EU-OSHA, 2019a, 2021a). Portanto, um “**risco novo**” obedece a uma ou várias das seguintes situações:

- a) O risco não existia anteriormente e surge a partir de um novo processo, nova tecnologia, novo local de trabalho, ou derivado de mudanças sociais e/ou organizacionais;
- b) Um processo/prática antiga/pré-existente passa a ser reconhecido(a) como um risco devido a, por exemplo, uma mudança de perceção a nível social; e
- c) O recente conhecimento científico comprova que um processo/prática antigos são, atualmente, um risco.

Considera-se, por outro lado, que o “**risco está a aumentar**” quando se verifica que (EU-OSHA, 2019a, 2021a):

- a) As situações de perigo que levam ao risco estão em crescimento;
- b) A frequência da exposição ao risco, de alguma forma, aumenta; e
- c) A gravidade dos efeitos do risco na saúde do trabalhador está a aumentar.

No período compreendido entre 2005 e 2009, os relatórios da EU-OSHA identificaram como principais riscos psicossociais emergentes: “insegurança no emprego” (promovida pelas novas formas de contratos de trabalho e vulnerabilidade do trabalhador daí advinda); “intensificação do trabalho” (por exemplo, longas jornadas de trabalho, ritmo acelerado e exigências emocionais elevadas); e “conflitos na relação trabalho-família” (dificuldade na separação dos diferentes papéis desempenhados pelo indivíduo) (OPP, 2020).

2.5 Consequências dos riscos psicossociais

Uma elevada percentagem de trabalhadores e empresas da UE está sujeita ao impacto dos riscos psicossociais. O problema expressa-se na saúde dos trabalhadores afetando o normal funcionamento das empresas, refletindo-se nas contas públicas e prejudicando a sociedade em geral (Eurofound, 2017). Os trabalhadores sofrem com os custos adicionais nos tratamentos de saúde (por exemplo, baixas médicas, diminuição do salário, consultas, medicamentos, acompanhamento clínico, internamentos), em paralelo, as empresas perdem a sua mão de obra (temporária ou definitivamente). Os trabalhadores que se tornam ausentes, podem ser mais ou menos especializados nas funções que desempenham, dando assim origem a uma série de consequências económicas, tais como falhas de produção e/ou na qualidade, problemas com pagamentos e entregas, entre outros.

Ao nível do trabalhador, as principais consequências dos fatores de risco psicossociais começam pelo efeito (negativo) induzido pelo stress. Em primeiro lugar, stress define-se como a resposta inespecífica a qualquer modificação, ou seja, um conjunto complexo de fenómenos dinâmicos (pessoa – ambiente de trabalho), referindo-se às respostas fisiológicas causadas por qualquer *stressor* (Leka & Jain, 2010; Selye, 2016). Quando isso ocorre, há uma libertação de hormonas que conduzem a um conjunto de alterações fisiológicas, que podem ser positivas ou negativas. O stress apresenta, portanto, duas dimensões: (a) o stress positivo, que corresponde ao conjunto de resultados positivos a eventos stressantes (*eustress*) (Selye, 1974); e (b) stress negativo, que corresponde a um conjunto de resultados indesejáveis (*distress*) (Ramos, 2001).

A definição de stress ocupacional diz respeito à incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho e, como consequência dessa incapacidade, surgem vários problemas de insatisfação no trabalho, na saúde física e mental do indivíduo e problemas nas empresas (Ramos, 2001). No entanto, importa referir que a ocorrência do stress é inevitável, e que não afeta todos os indivíduos da mesma maneira. A prevenção do stress ocupacional passa, sobretudo, pelo impedimento de exposição a situações (desajustadas) de forma continuada (Observatorio Vasco de Acoso Moral, 2012).

2.5.1 Alterações psicológicas

A forma como o stresse é percebido pelo indivíduo pode alterar a maneira como este sente, pensa e se comporta; a nível fisiológico, são produzidas diversas reações as quais afetam os órgãos (Stansfeld et al., 1999). A grande maioria das alterações devem-se a desconfortos causados pelo *stressor* e variam consoante a capacidade de lidar com as adversidades (Sacadura-Leite et al., 2018). Em presença frequente e/ou duradoura de *distress*, verifica-se a diminuição do desempenho profissional, de problemas na qualidade de vida e/ou de problemas psicológicos, sociais e físicos (Devereux et al., 1999). Algumas consequências psicológicas traduzem-se em diferentes estados de ansiedade, depressão, reação de stresse agudo; perturbação de stresse pós-traumático, *burnout* e défice cognitivo. Alguns estudos mostram uma relação entre os referidos indícios e alterações no quadro clínico, resultando não só em doenças mentais, mas também em alterações endócrinas (Cooper, 2009; EU-OSHA, 2021b; Rodrigues, 2018).

É comum um indivíduo sentir *ansiedade*, a qual é caracterizada por uma sensação desagradável, inquietação interna, preocupação com o futuro associada a “aperto no peito”, palpitações, suores, e até mesmo cólicas abdominais (DGS, 2021). Estas sensações/sintomas podem surgir aquando de novas situações e acontecimentos importantes. No entanto, quando a ansiedade ocupa uma duração, frequência ou intensidade anormais (na maior parte dos dias, durante pelo menos 6 meses), o indivíduo vê o seu bem-estar afetado, a nível profissional e restantes campos pessoais (Observatorio Vasco de Acoso Moral, 2012). Embora estas situações, na maioria das vezes, não correspondam a uma doença, geram sofrimento.

Segundo a OMS, a *depressão* é uma das principais causas de incapacidade (Murray et al., 1996). As perturbações depressivas são caracterizadas por humor negativo (por exemplo, tristeza, sentimento de vazio) ou perda de prazer conjuntamente com outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos, que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (OMS, 2019). Em contexto de trabalho, o baixo controlo das funções, competição ou exigências excessivas, ameaça permanente de perda do lugar ou perda efetiva, são situações frustrantes que podem levar a sintomas depressivos mais ou menos graves (Bonde, 2008; Ministério da Saúde do Brasil, 2001; J. L. Wang et al., 2008). Vários estudos demonstraram que o aumento do stresse profissional corresponde a um aumento da presença de sintomas depressivos, em oposição, a redução do stresse suprime o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Murray et al., 1996; J. Wang, 2005).

De acordo com a CID-11, a *reação aguda ao stresse* diz respeito ao desenvolvimento de sintomas emocionais, cognitivos ou comportamentais em consequência de uma situação (de

curta ou longa duração) de natureza extremamente ameaçadora e negativa (por exemplo, acidente grave, violência sexual e agressão) (OMS, 2019). A resposta ao *stressor* é considerada como uma reação a um trauma grave (e não como uma perturbação mental) e, normalmente, começa a diminuir ao fim de alguns dias após o evento ou após a remoção da situação ameaçadora. Fazem parte da lista de sintomas, sinais de ansiedade, sensação de distanciamento, ausência de resposta emocional, ansiedade, raiva, desespero, hiperatividade, perturbação do sono, entre outros.

A *perturbação de stresse pós-traumático*, considerada um distúrbio passível de ser desenvolvido após a exposição a eventos extremamente ameaçadores (OMS, 2019), verifica-se com maior frequência em profissionais cujo trabalho envolve risco de vida (por exemplo, bombeiros, polícias, militares) e em trabalhadores dos transportes (por exemplo, ferroviário, aviação) que vivenciam grandes acidentes (Ministério da Saúde do Brasil, 2001). Estes trabalhadores sofrem com o reviver da situação (memórias vividas, *flashbacks* ou pesadelos), com o sentimento de emoções fortes (por exemplo, medo ou horror, e fortes sensações físicas), com a necessidade de evitar atividades que recordem a experiência traumática, e/ou com reações de sobressalto exageradas.

Considera-se que o *burnout* é uma síndrome que resulta de stresse crónico no local de trabalho (OMS, 2019). Consiste em um estado de exaustão progressivo (físico, cognitivo ou emocional) que leva à redução da capacidade para o trabalho devido ao aumento da insatisfação profissional e/ou distanciamento emocional do trabalho (OMS, 2019). O *burnout* verifica-se não só em profissões ligadas à saúde como também noutras profissões, em especial quando as exigências emocionais são elevadas (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

As *perturbações neurocognitivas* dizem respeito ao conjunto de perturbações no défice clínico primário (função cognitiva) sendo esse défice adquirido e não congénito como se verifica em perturbações como a doença de Alzheimer ou Parkinson (Stansfeld et al., 1999). Em contexto laboral, existem duas principais perturbações: (a) *Demência*, originada pela exposição a substâncias químicas neurotóxicas (por exemplo, monóxido de carbono, sulfeto de hidrogénio, sulfeto de carbono, metais pesados e derivados organometálicos) onde existe deterioração cognitiva do trabalhador com afetação da memória, raciocínio, orientação, capacidade de aprender, entre outros (Ministério da Saúde do Brasil, 2001; OMS, 2019; Stansfeld et al., 1999); (b) *Delirium*, derivado de intoxicação (ou abstinência) com substâncias (por exemplo, álcool, drogas, medicamentos) caracterizado pela alteração da cognição (diminuição da capacidade de atenção) e de consciência (diminuição da perceção do ambiente) (OMS, 2019).

Determinadas exposições ambientais no local de trabalho podem afetar a natural evolução derivada da *idade avançada*, como o compromisso funcional/cognitivo e morbidade variada, quer acelerando a instalação da doença, quer retardando o início e progressão de sinais e sintomas (Wahrendorf et al., 2012). A evidência científica tem vindo a correlacionar os fatores psicossociais (stresse ocupacional, situações de falta de autonomia ou controlo conjuntamente com elevadas solicitações no trabalho) com o aumento do risco de demência como Alzheimer, após a idade da reforma, independentemente de outros fatores de risco conhecidos (Sabbath et al., 2016; H. X. Wang et al., 2012). Por outro lado, alguns estudos demonstraram que trabalhadores expostos a atividades mentalmente estimulantes/exigentes apresentaram menor risco de desenvolvimento de perturbações, sugerindo que este fator seja um possível elemento protetor do declínio cognitivo, contudo esta evidência depende dos níveis de autonomia e controlo sobre o trabalho ou do nível de tomada de decisão (Bosma et al., 2003; Marquie et al., 2010). Também a presença de apoio social no trabalho aparece como um importante elemento na redução do risco de ocorrência de problemas cognitivos, quando as exigências psicológicas são elevadas (Fratiglioni et al., 2007).

2.5.2 Alterações sociais

Normalmente, as alterações comportamentais e sociais são os primeiros sinais de *distress* a aparecer, decorrentes da exposição aos fatores de risco psicossociais. Essas alterações estão associadas a vários tipos de comportamentos desviantes, tais como o consumo excessivo de álcool, tabaco, drogas, comportamentos violentos, hábitos sedentários, maus hábitos alimentares; e alterações do sono (Kouvonen et al., 2005, 2006; Leka & Jain, 2010). Por sua vez, este tipo de comportamentos nocivos têm um impacto (direto ou indireto) no desenvolvimento ou agravamento do estado de saúde física (por exemplo, risco aumentado de doença isquémica cardíaca) e mental (por exemplo, aumento do risco de acidentes de trabalho e atos de violência no trabalho). Verificou-se, com alguma frequência, a associação entre stresse laboral e consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras saturadas, registo de menor atividade física e aumento do tabagismo (Kouvonen et al., 2006).

As *perturbações do sono-vigília* englobam um determinado grupo de perturbações e, no âmbito do trabalho, com frequência surgem as relativas ao ritmo circadiano. O ciclo sono-vigília é afetado devido a alterações no controlo do tempo e nos mecanismos de sincronismo (OMS, 2019; Stansfeld et al., 1999). O trabalhador poderá sofrer insónias e/ou dificuldade em adormecer, interrupções frequentes do sono, e sonolência diurna. Os principais problemas que estão na origem destas situações são, entre outras, as condições de trabalho, e má adaptação à

organização do horário de trabalho (trabalho noturno ou trabalho por turnos) (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

As perturbações por consumo de substâncias psicoativas resultantes do consumo de substâncias sejam naturais ou sintéticas, afetam o sistema nervoso central do indivíduo, deprimindo-o, estimulando-o ou criando ruturas psicóticas. Os padrões de consumo podem assumir três formas: consumo de risco (consumo ocasional ou continuado); consumo nocivo (causa danos na saúde física e mental, mas não existe dependência); e consumo dependente (existe perda de controlo do consumo, distorções cognitivas e negação) (DGS, 2013). As questões que estão no amago do consumo de substâncias psicoativas podem ser a cultura da organização e algumas condições de trabalho, como ritmos excessivos, frustração, insegurança no emprego, exposição a altas temperaturas, turnos e horários prolongados. As consequências no trabalho podem ser nefastas quando há risco para o trabalhador, afetando a segurança e a saúde no trabalho, e consequentemente, afetando o funcionamento da empresa (por exemplo, imagem corporativa e lucros).

O assédio e a violência são todas as práticas e comportamentos que levam/podem levar a dano físico, psicológico/mental, sexual ou económico, no trabalhador. A intenção é perturbar ou constranger, afetar a sua dignidade e/ou liberdade, ou proporcionar um ambiente intimidativo e hostil. São exemplo destes comportamentos (que podem ser pontuais ou recorrentes) a agressividade, o desprezo, a humilhação, a discriminação e ameaça. Os ataques, direcionados à vítima, podem assumir diferentes formas: medidas organizacionais (por exemplo, atribuição de excesso de tarefas); discriminação por pertença a uma categoria diferente da do agressor (por exemplo, género, etnia); indução a isolamento social; ataques à vida privada; agressões verbais; e rumores sobre a reputação da pessoa (Mesquita et al., 2017). Estes podem ter origem num superior hierárquico (o mais comum), entre colegas de trabalho, num subordinado, em clientes ou fornecedores (ILO, n.d.; Mesquita et al., 2017). Os trabalhos que apresentam maior risco de violência são os que implicam o manuseamento de dinheiro e mercadorias; desempenho de funções de inspeção ou autoridade em geral; trabalhos isolados ou pelo contrário, de contacto com clientes/utentes em situações problemáticas (por exemplo, dívidas, reclamações) (EU-OSHA, 2002).

2.5.3 Alterações físicas

A adrenalina e o cortisol são as hormonas responsáveis pela resposta ao stress. Quando esse stress se torna crónico, existem consequências a longo prazo para o organismo, principalmente *efeitos a nível cardiovascular* (hipertensão e doenças cardíacas agravadas pela

obesidade devido a maus hábitos alimentares), uma vez que as referidas hormonas têm efeito sobre a pressão arterial e sobre os níveis de colesterol (Bremner et al., 2018; Hansen et al., 2009). A evidência científica revela que, na modalidade de trabalho noturno por turnos, existe um aumento ligeiro do risco de doença coronária isquémica (Cheng & Drake, 2019; Vetter et al., 2016); maior incidência de hipertensão arterial nestes trabalhadores (Manohar et al., 2017); e uma associação moderada entre stresse psicossocial no trabalho e efeitos cardiovasculares adversos (Fishta & Backé, 2015; Olsen et al., 1997).

Os *efeitos do stresse sobre a imunidade* parecem ser mediados por fatores endócrinos, uma vez que hormonas, neurotransmissores e neuropeptídeos podem interagir com as células imunológicas. As principais reações à estimulação das vias de resposta ao stresse são as alterações da atividade inflamatória. Existem estudos que demonstram que episódios agudos de stresse estão associados à supressão da imunidade celular, enquanto o stresse crónico induz a supressão da resposta imunológica celular (Rohleder, 2014). O stresse é, portanto, reconhecido como um importante precursor de doenças pela ação que produz sobre o sistema imunológico.

As *Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho* (LMELT) são o problema de saúde relacionado com o trabalho mais prevalente na população trabalhadora, sendo responsável por 40% dos custos de saúde laboral em todo o mundo (Morken et al., 2003; Punnett & Wegman, 2004). A evidência científica demonstra que os fatores de risco psicossociais podem estar envolvidos na dor das LMELT no que respeita à sua ocorrência e intensidade. Em determinadas atividades profissionais, os fatores de risco psicossociais relacionados com a organização e gestão do trabalho, revelam efeito sobre a biomecânica do trabalhador atendendo às características físicas e carga mecânica do trabalho (Azma et al., 2014; Bigos et al., 1991).

O stresse pode ter vários *efeitos nas funções do aparelho digestivo*, nomeadamente: alterações nos movimentos, permeabilidade e secreção gastrointestinais; efeitos adversos na capacidade regenerativa da mucosa e no fluxo sanguíneo local; e efeitos negativos na microbiota intestinal (Bhatia & Tandon, 2005; Konturek et al., 2011). A exposição a situações de stresse leva ao desenvolvimento de uma ampla gama de distúrbios gastrointestinais, tais como: aumento da atividade peristáltica, diminuição do esvaziamento gástrico, e desenvolvimento de doenças funcionais gastrointestinais (por exemplo, doença inflamatória intestinal, síndrome do cólon irritable e outras); poderá também levar ao desenvolvimento de alergias alimentares, úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico (Plummer et al., 2014).

2.5.4 Efeitos nas organizações

Para a empresa, os efeitos negativos podem implicar uma diminuição geral no desempenho advindo do aumento do absentismo. O stresse relacionado com o trabalho pode significar o aumento da taxa de reforma antecipada, e conseqüentemente a perda de mão de obra especializada. Decorrente desta situação e do absentismo, a carga de trabalho aumenta sobre os restantes trabalhadores, o que poderá por sua vez, influenciar o normal funcionamento da empresa (por exemplo, dificuldades em manter a qualidade com afetação do prestígio empresarial). O presentismo também poderá colocar em causa o bom desempenho da empresa, pois embora o trabalhador não falte, apresenta-se ao trabalho mentalmente doente, indiferente e incapaz de exercer as suas funções de forma útil. Advindo de situações deste tipo, verifica-se o aumento dos índices de sinistralidade e toda a envolvência socioeconómica (EU-OSHA, 2012).

O absentismo e o presentismo levam também ao aumento da intensidade do trabalho, o qual se torna mais elevado por parte dos trabalhadores, não sendo propriamente sinónimo de melhor desempenho de empresas, antes pelo contrário, existe aumento do risco de acidentes, elevada rotatividade, defeitos na produção, atrasos e/ou problemas de qualidade, contribuindo negativamente para a qualidade do emprego e ambiente laboral, originando a insatisfação do cliente (aumento das reclamações), prejuízos com os prazos de entrega, entre outros. As conseqüências dos riscos psicossociais no trabalho afetam, igualmente, os equipamentos provocando avarias pela má utilização dos mesmos (EU-OSHA, 2014).

2.5.5 Efeitos na economia

Cerca de 25% dos trabalhadores da UE afirma sofrer de stresse laboral, durante a maior parte ou a totalidade do seu horário de trabalho; e uma percentagem parecida afirma que o emprego afeta negativamente a sua saúde (Eurofound & EU-OSHA, 2012). A falta de tempo e excesso de trabalho são os fatores de risco identificados com maior frequência, seguindo-se o stresse laboral, a depressão e a ansiedade. A Eurofound salienta que a taxa de sinistralidade entre os trabalhadores que afirmam trabalhar sempre sob pressão, é cerca de cinco vezes mais elevada do que no caso dos trabalhadores que não trabalham sob pressão; e que, 42 % dos trabalhadores de escritório que optam pela reforma antecipada fazem-no devido a perturbações psicossociais relacionadas com o trabalho (Eurofound, 2007).

Os custos associados aos riscos psicossociais estimados para as empresas e para a sociedade são extremamente significativos, pois podem chegar aos milhares de milhões de euros (EU-OSHA, 2021b). Um inquérito realizado pela EU-OSHA concluiu que o custo total

das doenças relacionadas com o trabalho para os países da UE situava-se entre 185 e 289 mil milhões de euros por ano, estimando um valor de 20 mil milhões de euros para o custo do stress relacionado com o trabalho (EU-OSHA, 1999). O projeto realizado pela *Matrix*, em 2013, estimou o valor de 617 mil milhões de euros gastos na UE atribuídos à depressão relacionada com o trabalho. O cálculo incluía o valor resultante do absentismo e do presentismo (272 mil milhões de euros), a perda de produtividade (242 mil milhões de euros), os custos dos cuidados de saúde (63 mil milhões de euros) e os custos da segurança social sob a forma de pagamentos de subsídios de invalidez (39 mil milhões de euros) (Matrix, 2012). As projeções europeias mostram ainda que estes custos continuarão a crescer a um ritmo significativo (EU-OSHA, 2014).

Em Portugal, são as LMELT as doenças profissionais com maior incidência, apresentando uma percentagem de ocorrência superior à média da UE (66.3% *versus* 59%). Segundo a OMS, estas lesões são responsáveis por mais de 10% de todos os anos de trabalho perdidos por invalidez (OPP, 2020). Os custos imputáveis à reforma antecipada ou invalidez são os mais relevantes, contudo há que considerar também os custos com exames e cuidados de saúde, perda de capital intelectual, pagamento de horas extraordinárias, contratação de trabalhadores de substituição, custos com ações judiciais, entre outros (EU-OSHA, 2014). Segundo a média nacional de prevalência de depressão, os números referidos significam que uma empresa com 250 colaboradores poderá ter 17 colaboradores com depressão e que, se esta não for tratada, poderá custar à empresa cerca de €149 500, por ano (OPP, 2020).

2.6 Gestão dos riscos psicossociais

O processo de gestão dos riscos psicossociais representa não só um bom investimento para as entidades empregadoras como é uma obrigação legal para as mesmas, estabelecida na Directiva-Quadro 89/391/CEE e na Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro (CEE, 1989; PGDL, 2009d). Em matéria de justificação para tal investimento, na medida em que há melhorias significativas no bem-estar dos trabalhadores, redução do absentismo e aumento da produtividade, verifica-se um melhor desempenho da empresa, logo melhores aquisições económicas e melhor posicionamento no mercado (EU-OSHA, 2012; Matrix, 2012). Apesar de se verificar uma maior preocupação com a prevenção de riscos profissionais nas empresas de grande dimensão, possivelmente porque auferem níveis de conhecimentos mais avançados, o empregador deve assegurar um local de trabalho livre de fatores de risco psicossociais e minimizar a exposição aos mesmos (EU-OSHA, 2018; PGDL, 2009b). Para o efeito, uma

correta e eficaz avaliação dos riscos deve ser assumida, mediante as necessidades e recursos disponíveis da empresa e dos trabalhadores (Matrix, 2012).

A abordagem utilizada na avaliação de riscos profissionais consiste num processo dinâmico e assenta numa metodologia de recolha de informação e análise, que atua essencialmente através de medidas preventivas e corretivas. A primeira etapa distingue dois níveis complementares: nível organizacional (atua na população de trabalhadores da empresa) e nível individual (atua no trabalhador individualmente) (DGS, 2021). A nível da organização, pela sua simplicidade e custo, a metodologia comumente utilizada são os inquéritos dirigidos aos trabalhadores, com a finalidade de obter informações quanto à perceção dos indivíduos face à existência de fatores de risco psicossociais e possíveis consequências na sua saúde (Leka & Jain, 2010). Existem vários instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa e disponíveis gratuitamente, nomeadamente o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire-II* (COPSOQ-II) - versão original de Kristensen et al. (2000) ou o *Job Content Questionnaire* - versão original de Karasek (1998) (DGS, 2021). A nível individual, a legislação estabelece que compete ao médico do trabalho, a responsabilidade técnica da vigilância da saúde do trabalhador, incluindo os riscos psicossociais. Deverá o médico, proceder à avaliação do ambiente de trabalho, bem como ao reconhecimento de sinais e sintomas de distúrbios mentais, não só a nível psíquico como também físico e comportamental (PGDL, 2009c).

A gestão dos riscos psicossociais pode parecer complexa, pois não existe uma metodologia específica que abranja todas as situações de trabalho. O processo de atuação deve, portanto, atuar em diversos campos, tais como (Ministério da Saúde do Brasil, 2001; WHO, 2020):

- Identificar e avaliar os riscos psicossociais;
- Hierarquizar os riscos identificados;
- Estabelecer medidas de prevenção de riscos;
- Aplicar as medidas de atuação preventivas/corretivas (encaminhamento, afastamento, internamento, reabilitação);
- Promover a colaboração entre os diversos profissionais intervenientes (por exemplo, técnico de segurança do trabalho, médico do trabalho e/ou psicólogo, chefes de equipa, dirigentes, etc.);
- Assegurar os procedimentos de vigilância de saúde (acompanhamento da evolução do trabalhador identificado, investigação epidemiológica de restantes trabalhadores expostos).

2.6.1 Copenhagen Psychosocial Questionnaire-II – COPSQ-II

Desenvolvido e validado por Kristensen e Borg em 2000 com colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health*, o COPSQ-II (após reformulação em 2007), pretendeu englobar um vasto conjunto de modernas teorias. Baseado no “Modelo Exigências-Controllo”, foi concebido para avaliar as dimensões psicossociais mais relevantes em contexto laboral e apresenta-se como um instrumento válido e acessível, pelo que foi o questionário utilizado nesta investigação (Kristensen et al., 2005; Silva et al., 2006).

O COPSQ-II foi validado em diferentes momentos. Em Espanha, um estudo sobre a população trabalhadora permitiu definir níveis de referência quanto aos riscos psicossociais, permitindo que fossem concebidas várias estratégias de intervenção (Lluís et al., 2008; Moncada et al., 2005). Na Dinamarca, a utilização do COPSQ-II demonstrou as causas do absentismo por doença na classe dos trabalhadores, por meio da identificação de fatores psicossociais (Rugulies et al., 2007). Em Portugal, também se têm vindo a realizar estudos neste âmbito, no sentido de, ao avaliar-se o impacto dos fatores psicossociais no trabalho, se promover a melhoria da saúde ocupacional nacional (Silva et al., 2006).

O COPSQ-II compreende três versões: *versão curta*, a qual avalia 23 dimensões psicossociais e contém 40 perguntas; a *versão média*, avalia 28 dimensões com 87 perguntas; e a *versão longa*, 41 dimensões e 128 perguntas. É possível utilizar-se o questionário em qualquer tipo de trabalho, uma vez que todas as versões compreendem dimensões que medem indicadores de exposição (riscos psicossociais) e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e stresse) (Silva et al., 2006).

2.6.2 O modelo teórico de avaliação

Nos anos 70, era no modelo de Seyle que se baseavam as pesquisas sobre stresse no trabalho e respetivas implicações na saúde mental, atendendo às “exigências das funções” *versus* “capacidade do indivíduo”, no entanto, o fator “controlo” não tinha participação na análise (Araújo et al., 2003). Karasek apresentou em 1979, um modelo que considerava em simultâneo “controlo” e “exigência”, o que viria a ser o “Modelo Exigência-Controllo” (*Demand-Control Model* ou *Job Strain Model*) Este modelo foi influenciado pelo trabalho de Gardell (1977) sobre a organização psicossocial do trabalho (autonomia, carga de trabalho, participação) e de Kohn e Schooler (1973) sobre as características do trabalho (complexidade, rotinização, supervisão), dando assim origem a duas dimensões psicossociais: o “grau de controlo sobre o trabalho” (latitude de decisão) e a “exigência psicológica no trabalho” (exigências psicológicas) (Gardell, 1977; Karasek, 1979; Kohn & Schooler, 1973). A partir da

combinação destas duas dimensões, o modelo distingue situações de trabalho específicas, as quais estruturam riscos diferenciados à saúde.

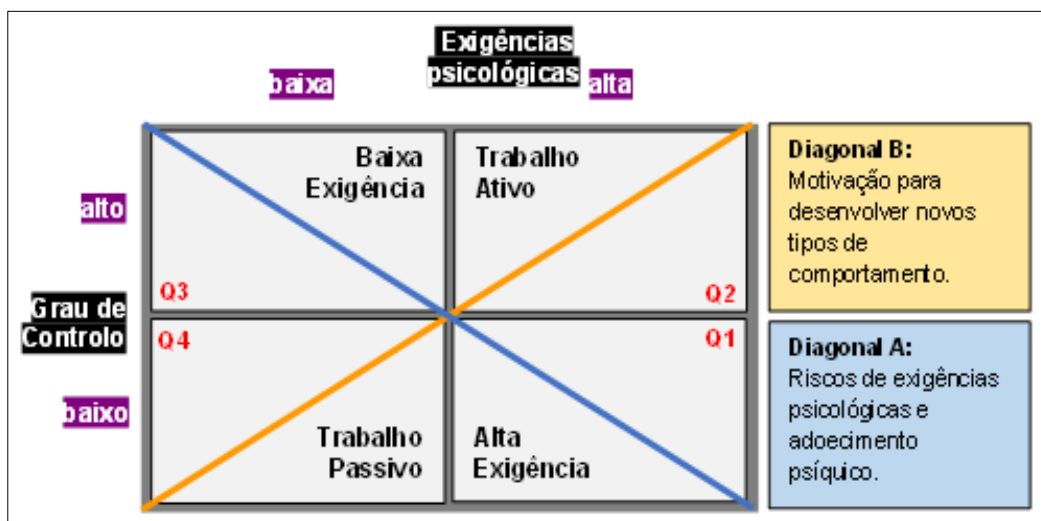
Podem ser expressas quatro combinações básicas de trabalho, originadas pela interação dos níveis “alto” e “baixo” de “exigência psicológica” e de “controlo” (Silva et al., 2006):

- “Exigência do trabalho elevada”: que se caracteriza pela elevada exigência e baixo controlo sobre as tarefas;
- “Trabalho ativo”: neste caso, a exigência e o controlo sobre as tarefas são ambos elevados;
- “Trabalho passivo”: quando a exigência e o controlo são ambos baixos; e
- “Baixa exigência”: quando a exigência é baixa e o controlo é elevado.

É possível representar os quatro tipos de interação através de quadrantes, atravessados por duas diagonais (Figura 2.2), em que: a diagonal A, que estabelece que os efeitos negativos das exigências psicológicas (por exemplo, ansiedade, depressão e doença física) que ocorrem, na maior parte das vezes, na presença de exigências do trabalho elevadas e baixo grau de controlo por parte do trabalhador sobre as tarefas desempenhadas (Quadrante 1); e a diagonal B, que representa a possibilidade de melhorar as atitudes (Quadrante 2) na presença de padrões de exigências do trabalho elevadas e controlo igualmente elevado. O modelo também anuncia que as condições de trabalho enquadradas no Quadrante 4, ou seja, o que se considera como trabalho passivo, poderá propiciar um declínio profissional geral no trabalhador. O "Modelo Exigências-Controlo" é, portanto, um dos modelos mais utilizados em saúde ocupacional da atualidade (Eurofound, 2017).

Figura 2.2

O Modelo Exigências-Controlo.



Nota: Adaptado de Araújo et al. (2003, p. 994).

A respeito de repercussões sobre a saúde mental e trabalho, uma revisão de 63 estudos publicados entre 1979-1997, concluiu que existe uma associação positiva entre as “exigências no trabalho” elevadas e o efeito negativo sobre a saúde mental (Doef & Maes, 1999). Por outro lado, algumas investigações nos Estados Unidos da América e na Suécia comprovaram que, a conjugação de uma latitude de decisão baixa com elevadas exigências psicológicas está relacionada com tensão mental e insatisfação laboral (Karasek, 1979).

2.7 Estudos anteriores

Os estudos desenvolvidos em IPSS representam um número residual. Já os estudos mais aproximados à população da presente investigação são estudos efetuados em lares de terceira idade e em unidades de saúde, distintamente. Nas investigações em lares, com cuidadores formais, foram detetados como principais fatores de riscos psicossociais as “exigências cognitivas e emocionais” e a “insegurança laboral” (Alves, 2018; Pereira et al., 2018). As principais consequências para a saúde identificadas foram: problemas de sono, *burnout* e stresse (Pereira et al., 2018). Por outro lado, num estudo em contexto hospitalar com profissionais de saúde, observou-se que também as “exigências cognitivas e emocionais” representavam um risco para a saúde (Rodrigues, 2018). Já num estudo realizado numa unidade de saúde, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre sexos, onde havia um maior risco de “*burnout*” nas trabalhadoras, enquanto as “exigências cognitivas” representavam maior risco para a saúde dos trabalhadores do sexo masculino; observou-se também que as categorias profissionais de técnico superior e intermédias incorriam em maior risco de insegurança laboral (Moura et al., 2018).

Por outro lado, os estudos desenvolvidos no setor da saúde demonstram que o “stresse” e o “*burnout*” explicam uma proporção elevada do stresse ocupacional. Em Portugal, entre 2011 e 2013, 21.6% dos profissionais de saúde apresentaram “*burnout*” moderado e 47.8% “*burnout*” elevado (OPP, 2020). Em 2016, um estudo no setor concluiu que, um em cada cinco enfermeiros apresentava exaustão emocional, ou seja, “*burnout*”, e 86% “stresse” laboral elevado ou moderado. Estes números são bastante acima daquela que é a média da população em geral. É preocupante quando se pensa que, no sector da saúde, os riscos psicossociais têm implicações para os profissionais e não só, no caso do *burnout* este representa ainda um risco para os colegas de trabalho, uma vez que é “contagioso”, pois os profissionais transferem a tensão psicológica para os membros da equipa com que interagem, e ainda para os utentes, colocando em risco a viabilidade e a qualidade da prestação dos serviços de saúde (OPP, 2020).

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização da amostra

Foi recolhida uma amostra de 216 trabalhadores provenientes de duas IPSS da região do Algarve (distrito de Faro). Estas IPSS desenvolvem o seu trabalho em cinco áreas de intervenção: apoio à infância, apoio à comunidade, apoio à deficiência, apoio à idade sénior e apoio à saúde. Estas áreas de intervenção, por sua vez, englobam diversas respostas sociais. Um resumo desta informação pode ser encontrado na Tabela 3.1.

Tabela 3.1

Caracterização das áreas de atuação da população.

APOIO À INFÂNCIA
Promoção do desenvolvimento das crianças através de atividades educativas: <ul style="list-style-type: none">▪ Creche (crianças dos 4 meses aos 2 anos de idade); e▪ Pré-escolar (crianças dos 3 aos 5 anos de idade).
APOIO À COMUNIDADE
Estrutura polivalente de vocação social com caráter preventivo e de minimização dos efeitos de exclusão social e também serviços de apoio domiciliário (prestação de cuidados sociais e de saúde).
APOIO À DEFICIÊNCIA
Promoção da valorização pessoal, integração e acolhimento social de indivíduos portadores de deficiência.
APOIO À IDADE SÉNIOR
Serviço de apoio ao idoso por meio de cuidados básicos de saúde e apoio psicossocial, em alojamento coletivo.
APOIO À SAÚDE
Unidade de cuidados continuados (de média duração) que presta cuidados clínicos, reabilitação e apoio psicossocial por situação clínica decorrente de recuperação/descompensação de processo patológico.

A idade média é de, aproximadamente, 42 anos ($M=42.18$ anos; $DP=11.55$; $Min.=21$ anos; $Máx.=68$ anos). A maioria era do sexo feminino (88.9%) e 11.1% pertencia ao sexo masculino; era casado(a) ou vivia numa união de facto 44%; e apresentava como nível de

educação mais elevado a licenciatura 24.1%. Esta informação pode ser encontrada em maior detalhe na Tabela 3.2.

Tabela 3.2

Caracterização sociodemográfica da amostra.

Característica	%
Sexo	
Feminino	88,9
Masculino	11.1
Idade	
<i>M</i>	42.18 anos;
<i>DP</i>	11.55;
Min.	21 anos;
Máx.	68 anos
Estado civil	
Solteiro(a)	36.1
Casado(a) ou em união de facto	44
Divorciado(a) ou separado(a)	15.3
Viúvo(a)	4.6
Habilitações literárias	
1º ciclo	7.9
2º ciclo	9.7
3º ciclo	20.8
Ensino secundário	22.2
Curso técnico-profissional	8.8
Licenciatura	24.1
Pós-graduação	3.2
Mestrado	3.2

Nota. *M*=valor médio; *DP*=valor de desvio-padrão; Min.=valor mínimo; Máx.=valor máximo; %=percentagem de respostas na categoria.

A nível laboral, dentre as 18 profissões identificadas, a categoria profissional mais comum foi ajudante de ação direta (32.4%). O tempo médio de exercício profissional na organização atual era cerca de, 7 anos (*M*=7.74 anos; *DP*=7.25; Min.=menos de um mês;

Máx.=25 anos); e, sensivelmente 19% dos inquiridos desempenhava algum tipo de funções de chefia. O tipo de horário mais utilizado era o horário a tempo inteiro (93.1%), sendo o número médio de horas de trabalho semanal 33 horas ($M=33.83$ horas; $DP=10.22$; Min.=6 horas; Máx.=48 horas). Relativamente ao acesso a Serviços de SST/SO na organização, 92.1% responderam positivamente, e 41.2% dos participantes obteve, no último ano, menos de 4 horas de formação em SST/SO. A Tabela 3.3 mostra o resumo da informação relativa à profissão.

Tabela 3.3

Caracterização socioprofissional da amostra.

Características	%
Categoria profissional	
Ajudante de ação direta	32.4
Ajudante de ação educativa	11.6
Ajudante de cozinha	7.9
Animador(a) cultural	2.3
Assistente social	1.9
Auxiliar de atividades	.5
Chefe de departamento/divisão/secção	1.4
Costureiro(a)	.5
Diretor(a)	2.8
Educador(a)/professor(a)	4.6
Encarregado(a)	2.8
Escriturário(a)	3.7
Monitor(a)	2.3
Profissional de saúde	13.4
Sociólogo(a)	.9
Técnico(a) auxiliar de serviço social	.5
Técnico(a) superior de educação social	2.8
Trabalhador(a) auxiliar dos serviços gerais	7.9
Tempo de exercício profissional na organização atual	
<i>M</i>	7.74 anos;
<i>DP</i>	7.25;
<i>Min.</i>	menos de um mês

Características	%
Máx.	25 anos
Exercício de funções de chefia	
Sim	19
Não	81
Tipo de horário	
Tempo inteiro	93.1
Part-time	6.9
Número de horas de trabalho semanal	
<i>M</i>	33.83 horas
<i>DP</i>	10.22
Min.	6 horas
Máx.	48 horas
Presença de Serviços de SST/SO na organização	
Sim	92.1
Não	7.9
Formação em SST/SO no último ano	
Sim, menos de 4 horas	41.2
Sim, entre 5 a 8 horas	14.4
Sim, entre 9 a 12 horas	4.6
Sim, mais de 12 horas	7.4
Não	32.4

Nota. *M*=valor médio; *DP*=valor de desvio-padrão; Min.=valor mínimo; Máx.=valor máximo; %=percentagem de respostas na categoria.

3.2 Instrumento de recolha de dados

Atendendo aos objetivos desta investigação, a ferramenta utilizada para recolha de informação foi um protocolo (Anexo A) composto por duas secções:

1. Questionário de dados sociodemográficos e socioprofissionais, elaborado pela autora, constituído pelo consentimento informado (onde se fundamenta a participação no estudo, se faz menção aos critérios de confidencialidade, anonimato e proteção de dados) e constituído por 11 itens com efeito à caracterização da amostra: sexo; idade; estado civil; habilitações literárias; categoria profissional; exercício de funções de chefia; tempo de exercício profissional na instituição atual (anos); tipo de horário; número de horas de trabalho semanal;

existência de Serviços de SST/SO na instituição; e número de horas de formação em SST/SO;

2. Questionário COPSOQ-II – versão curta, adaptada e validada para a população portuguesa com vários itens avaliados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (*1- Nunca/quase nunca, 2- Raramente, 3- Às vezes, 4- Frequentemente e 5- Sempre ou 1- Nada/quase nada, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4- Muito e 5- Extremamente*) com efeito à avaliação dos fatores de risco psicossociais através do conhecimento de 8 dimensões definidas por 26 subescalas e 41 questões, apresentado na Tabela 3.4. Todos os itens do protocolo foram de resposta obrigatória, de forma a evitar *missing values*.

Tabela 3.4

Dimensões, subescalas e itens do COPSOQ-II – versão curta.

EXIGÊNCIAS LABORAIS

Subescalas	Questões
Exigências quantitativas	1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída? 2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?
Ritmo de trabalho	3. Precisa trabalhar muito rapidamente?
Exigências cognitivas	4. O seu trabalho exige a sua atenção constante? 5. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?
Exigências emocionais	6. O seu trabalho exige emocionalmente de si?

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E CONTEÚDO

Subescalas	Questões
Influência no trabalho	7. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?
Possibilidades de desenvolvimento	8. O seu trabalho exige que tenha iniciativa? 9. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?
Significado do trabalho	24. O seu trabalho tem algum significado para si? 25. Sente que o seu trabalho é importante?
Compromisso face ao local de trabalho	26. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?

RELAÇÕES SOCIAIS E LIDERANÇA

Subescalas	Questões
------------	----------

Previsibilidade	10. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro? 11. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?
Transparência do papel laboral desempenhado	12. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?
Recompensas (reconhecimento)	13. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência? 14. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?
Apoio social de superiores	15. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?
Comunidade social no trabalho	16. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?
Qualidade da liderança	Em relação à sua chefia direta até que ponto considera que... 17. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento? 18. É bom no planeamento do trabalho?

INTERFACE TRABALHO – INDIVÍDUO

Subescalas	Questões
Satisfação laboral	27. Quão satisfeito está com o seu trabalho de uma forma global?
Insegurança laboral	28. Sente-se preocupado em ficar desempregado?
Conflito trabalho – família	30. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente? 31. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?

VALORES NO LOCAL DE TRABALHO

Subescalas	Questões
Confiança vertical	19. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?

	20. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?
Justiça e respeito	21. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa? 22. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?

PERSONALIDADE

Subescala	Questões
Autoeficácia	23. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.

SAÚDE E BEM-ESTAR

Subescalas	Questões
Saúde geral	29. Em geral, sente que a sua saúde é: (Excelente, Muito boa, Boa, Razoável, Deficitária)
Problemas em dormir	32. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?
<i>Burnout</i>	33. Fisicamente exausto? 34. Emocionalmente exausto?
Stresse	35. Irritado? 36. Ansioso?
Sintomas depressivos	37. Triste?

COMPORTAMENTOS OFENSIVOS

Subescala	Questões
<i>Bullying</i>	38. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais? 39. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado? 40. Tem sido exposto a ameaças de violência? 41. Tem sido exposto a violência física?

Nota: Adaptado de Silva et al. (2006, p. 24).

3.3 Procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos por meio do protocolo criado para o efeito e facultado aos inquiridos através da plataforma *EUSurvey*, a qual permite um preenchimento *online*, facilitando o acesso e a recolha de respostas.

Inicialmente, foi efetuada uma pesquisa para identificar o número de IPSS existentes na região do Algarve. Considerando os recursos disponíveis para o desenvolvimento da investigação proposta, foram abordadas diretamente duas IPSS do distrito de Faro. O contato foi realizado via *e-mail* e dirigido aos recursos humanos. A divulgação do protocolo junto de todos os trabalhadores (sem exclusão) foi realizada pelo referido departamento. Não houve obrigatoriedade de preenchimento do protocolo e foram respeitados todos os pressupostos de anonimato e de confidencialidade. O protocolo esteve disponível entre as datas 16 de fevereiro de 2022 a 16 de abril de 2022. O número final da amostra foi 216.

Nesta investigação de natureza quantitativa e *design* transversal, a recolha de dados foi feita com base num processo de amostragem não-probabilística. A população-alvo foi restringida aos trabalhadores dos locais anteriormente identificados. Trata-se, portanto, de um estudo de natureza correlacional, onde se pretende conhecer a incidência de riscos psicossociais numa amostra de trabalhadores de IPSS da Região do Algarve e a relação que estes estabelecem com as variáveis de natureza sociodemográfica e socioprofissional.

3.4 Procedimento de análise de dados

O primeiro passo realizado para analisar os dados foi a aferição de possíveis *missing values*. Caso estes existissem, seriam substituídos pela média do item em questão. Esta é uma das estratégias propostas por Hill e Hill (2008) para lidar com os valores em falta (Hill & Hill, 2002). Em seguida, foi efetuada uma análise descritiva, média (*M*), desvio-padrão (*DP*), valor mínimo (Min.) e valor máximo (Máx.), para os dados obtidos para os riscos psicossociais que compõem o COPSOQ-II. Em adição à análise descritiva, foi realizada uma avaliação da consistência interna com recurso ao coeficiente alfa de Cronbach (α). Segundo Field (2018), um valor aceitável de alfa de Cronbach varia entre .70 e .80 (Field, 2018). Por sua vez, Kline (1999) considerou que os valores iguais ou superiores a .70 ($\alpha \geq .70$) devem ser classificados como aceitáveis (Kline, 1999).

Após os procedimentos supracitados, foi concretizada uma análise correlacional com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson (*r*), cujos valores oscilam entre -1 e +1. As correlações podem ser avaliadas quanto à sua magnitude, fraca, moderada ou forte. Uma correlação fraca varia entre $|.10|$ e $|.29|$, já uma correlação moderada oscila entre $|.30|$ e $|.49|$ e, por último, uma correlação forte deve apresentar valores superiores a $|.50|$ (Howell, 2014; Pallant, 2005). Para esta operação foi definido um nível de significância de .05 ($p < .05$).

Foram empregues testes de diferenças de média, *t-student* (*t*) e ANOVA (*F*), para analisar os objetivos específicos propostos para esta investigação. No entanto, para a realização

destes testes é necessário observar se um conjunto de pressupostos estatísticos são respeitados, nomeadamente: (a) a amostra recolhida segue ou não uma distribuição normal; e (b) homogeneidade da variância. Para aferir se uma distribuição normal está ou não presente foram empregues dois testes: (a) Kolmogorov-Smirnov (KS); e (b) Shapiro-Wilk (SW) (Field, 2018; Marôco, 2018). Quando na presença de uma distribuição normal, estes testes possuem um *p-value* superior a .05 ($p > .05$) (Marôco, 2018). A justificação para terem sido utilizados dois testes está relacionada para a sensibilidade do teste KS à dimensão amostral, limitação que não afeta o teste SW (Marôco, 2018). A homogeneidade da variância foi avaliada recorrendo ao teste de Levene (*W*). Existe homogeneidade da variância quando um *p-value* superior a .05 é detetado (Marôco, 2018). Se estes pressupostos são respeitados, i.e., distribuição normal e homogeneidade de variância, podem ser usados os testes paramétricos de diferenças de médias, *t-student* e ANOVA. O teste *t* tem como objetivo efetuar uma comparação dos valores de média de dois grupos, e.g., entre indivíduos do sexo feminino e indivíduos do sexo masculino (Howell, 2014). Por sua vez, o teste *F* serve para realizar comparações de valores de média de três ou mais grupos, e.g., entre indivíduos com diferentes habilitações literárias (Howell, 2014). A utilização do teste *F* é complementada pela aplicação de testes *post-hoc*, o seu objetivo é identificar onde existem diferenças de média, com significância estatística, entre os diferentes grupos comparados (Field, 2018; Marôco, 2018). Na opinião de Marôco (2018), a utilização do teste *post-hoc Tukey HSD* deve ser priorizada, uma vez que este apresenta maior robustez do ponto de vista estatístico. Não obstante, o teste *post-hoc Games-Howell* deve ser empregue quando é utilizada uma versão do teste *F*, ANOVA de Welch, quando não existe homogeneidade da variância.

4. RESULTADOS

A análise dos resultados pressupõe a interpretação fator a fator, ou seja, o COPSOQ-II não mede um único constructo, mas sim diversos riscos psicossociais e variáveis de saúde, stresse e satisfação. Desta forma, foram calculadas as médias dos itens de cada fator, assumindo a interpretação desse valor sentidos distintos conforme o fator/subescala em causa, isto é, uma média de 4 (*frequentemente* ou *muito*) na subescala “possibilidades de desenvolvimento” é interpretada como uma exposição favorável para a saúde. Por outro lado, a mesma média de 4 pontos (*frequentemente* ou *muito*) na subescala, por exemplo, “insegurança laboral” será interpretada como uma situação de risco para a saúde.

Através do questionário utilizado, categorizou-se a exposição dos sujeitos quanto aos fatores de risco psicossociais, medindo o impacto para a saúde da exposição a determinada dimensão. A média de cada dimensão deverá ser situada relativamente aos tercis, da distribuição possível (pontos de corte 2.33 e 3.66). Esta divisão tripartida assume uma interpretação “semáforo”, mediante o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão representa, nomeadamente (Silva et al., 2006):

- Situação favorável para a saúde (0 a 2.33 pontos) = cor verde (ou cor vermelha - quando a interpretação é invertida);
- Risco médio (2.34 a 3.66 pontos) = cor amarela;
- Risco elevado para a saúde: 3.67 ao 5 = cor vermelha (ou cor verde - quando a interpretação invertida indica que a exposição é favorável).

4.1 Caracterização das subescalas do COPSOQ-II

Foi realizada uma análise descritiva das dimensões do COPSOQ-II, apresentada na Tabela 4.1. Foi possível verificar o seguinte:

- As subescalas com valores mais favoráveis para a saúde foram: *Bullying* 1.20 ($DP=.52$); significado do trabalho 4.67 ($DP=.56$); transparência do papel laboral desempenhado 4.62 ($DP=.63$); confiança vertical 4.35 ($DP=.76$); satisfação laboral 4.19 ($DP=.85$); autoeficácia 4.17 ($DP=.79$); possibilidades de desenvolvimento 4.11 ($DP=.80$); apoio social de chefias e qualidade da liderança 4.04 ($DP=1$); comunidade social no trabalho 3.98 ($DP=.92$); justiça e respeito 3.79 ($DP=.96$); previsibilidade e compromisso face ao local de trabalho 3.76 ($DP=.90$); e sintomas depressivos 2.31 ($DP=1.16$).
- As subescalas com risco médio foram: insegurança laboral 3.45 ($DP=1.51$); saúde geral ($DP=.99$) e *burnout* 3.04 ($DP=1.13$); ritmo de trabalho 2.90 ($DP=1.23$); problemas em dormir

2.89 ($DP=1.24$); stresse 2.58 ($DP=1.10$); conflito trabalho-família 2.56 ($DP=1.20$); e exigências quantitativas 2.34 ($DP=.95$).

- As subescalas com valores críticos, com risco para a saúde foram: exigências emocionais 3.86 ($DP=1.19$) e exigências cognitivas 3.72($DP=.78$).

Tabela 4.1

Análise Descritiva (N=216).

Subescalas do COPSOQ-II	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.	Quartil [Q1; Q3]
Exigências quantitativas	2.34	.95	1	5	[1.50;3]
Ritmo de trabalho	2.90	1.23	1	5	[2;4]
Exigências cognitivas	3.72	.78	1	5	[3;4]
Exigências emocionais	3.86	1.19	1	5	[3;5]
Influência no trabalho	3.24	1.24	1	5	[3;4]
Possibilidades de desenvolvimento	4.11	.80	1	5	[3.50;5]
Previsibilidade	3.76	.90	1	5	[3;4.50]
Transparência do papel laboral desempenhado	4.62	.63	1	5	[4;5]
Recompensas	3.66	1.03	1	5	[3;4]
Apoio social de chefias	4.04	1	1	5	[3;5]
Comunidade social no trabalho	3.98	.92	1	5	[3;5]
Qualidade da liderança	4.04	.88	1	5	[3.50;5]
Confiança vertical	4.35	.76	1	5	[4;5]
Justiça e respeito	3.79	.96	1	5	[3;5]
Autoeficácia	4.17	.79	1	5	[4;5]
Significado do trabalho	4.67	.56	1	5	[4.50;5]
Compromisso face ao local de trabalho	3.76	1.10	1	5	[3;5]
Satisfação laboral	4.19	.85	1	5	[4;5]
Insegurança laboral	3.45	1.51	1	5	[2;5]
Saúde geral	3.04	.99	1	5	[2;4]
Conflito trabalho-família	2.56	1.20	1	5	[1.50;3.50]

Subescalas do COPSOQ-II	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.	Quartil [Q1; Q3]
Problemas em dormir	2.89	1.24	1	5	[2;4]
<i>Burnout</i>	3.04	1.13	1	5	[2;4]
Stresse	2.58	1.10	1	5	[2;3]
Sintomas depressivos	2.31	1.16	1	5	[1;3]
<i>Bullying</i>	1.20	.52	1	5	[1;1.25]

Nota. *M* = valor de média; *DP* = valor de desvio-padrão; Min. = valor mínimo; Máx. = valor máximo; Q1 = quartil 1; Q3 = quartil 3.

Na generalidade, as dimensões do COPSOQ-II apresentaram valores de consistência interna superiores ao *cut-off* definido pela literatura, .70 (Field, 2018; Kline, 1999). Não obstante, houve dimensões, exigências quantitativas, exigências cognitivas e possibilidades de desenvolvimento, que não alcançaram os valores desejáveis (Tabela 4.2).

Tabela 4.2*Análise Correlacional e de Consistência Interna (N=216).*

Dimensões	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	23.	24.	25.	26.	27.	
1.	(.58)																										
2.	.46**	0 ¹																									
3.	.28**	.26**	(.28)																								
4.	.25**	.27**	.45**	0 ¹																							
5.	.24**	.07	.22**	.24**	0 ¹																						
6.	-.09	.00	.29**	.13	.37**	(.59)																					
7.	-.29**	-.15*	.01	-.02	.14*	.50**	(.74)																				
8.	-.08	.01	.23**	.08	.18**	.44**	.39**	0 ¹																			
9.	-.21**	-.09	-.06	-.10	.20**	.43**	.56**	.34**	(.80)																		
10.	-.30**	-.09	-.03	-.02	.04	.49**	.64**	.35**	.53**	0 ¹																	
11.	-.24**	-.06	.01	-.13	.13	.24**	.44**	.32**	.44**	.42**	0 ¹																
12.	-.24**	-.10	.04	-.04	.16*	.54**	.61**	.42**	.53**	.60**	.47**	(.80)															
13.	-.27**	-.13	.11	.05	.08	.49**	.56**	.39**	.51**	.56**	.35**	.64**	(.80)														
14.	-.41**	-.22**	-.02	-.11	.03	.42**	.57**	.30**	.53**	.57**	.57**	.73**	.64**	(.82)													
15.	-.16*	-.01	.19**	.05	.23**	.41**	.39**	.39**	.27**	.33**	.36**	.48**	.47**	.49**	0 ¹												
16.	-.13*	-.08	.13	.05	.10	.39**	.35**	.38**	.31**	.35**	.24**	.39**	.55**	.35**	.51**	0 ¹											

Dimensões	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	23.	24.	25.	26.	27.
17.	-.04	-.06	.12	.06	.09	.21**	.22**	.18**	.18**	.12	.16*	.31**	.26**	.32**	.25**	.26**	0 ¹									
18.	-.28**	-.29**	-.04	-.12	.09	.32**	.38**	.30**	.42**	.36**	.33**	.55**	.44**	.46**	.37**	.49**	.15*	0 ¹								
19.	-.07	-.08	-.11	-.12	-.06	.14*	.11	.14*	.12	.17*	.07	.20**	.17*	.22**	.08	.21**	.18**	.26**	0 ¹							
20.	-.33**	-.16*	-.15*	-.11	-.02	.02	.23**	.02	.12	.13	.19**	.15*	.08	.21**	.20**	.07	.14*	.15*	.01	0 ¹						
21.	.45**	.39**	.35**	.30**	.14*	-.07	-.29**	-.09	-.29**	.27**	.19**	.22**	.19**	.31**	-.13	-.11	.09	-.38**	-.09	-.33**	(.88)					
22.	.40**	.25**	.15*	.14*	.12	-.08	-.25**	.02	-.19**	-.23**	.21**	-.12	-.14*	-.26**	-.11	-.05	.09	-.21**	.03	-.40**	.51**	0 ¹				
23.	.43**	.35**	.28**	.27**	.07	-.07	-.28**	-.04	-.28**	-.23**	.19**	-.16*	-.16*	-.28**	-.08	-.10	.06	-.30**	-.04	-.42**	.64**	.64**	(.86)			
24.	.45**	.33**	.13	.19**	.17*	-.07	-.27**	-.07	-.23**	.21**	.24**	-.12	-.24**	.26**	-.07	-.11	.04	-.30**	.03	-.42**	.58**	.57**	.76**	(.82)		
25.	.35**	.19**	.04	.18**	.09	-.12	-.21**	-.11	-.21**	.24**	.25**	-.11	-.20**	-.18*	-.11	-.13	.03	-.29**	.05	-.41**	.50**	.50**	.66**	.77**	0 ¹	
26.	.04	.03	.22**	.14*	-.12	.14	-.06	.04	-.21**	-.04	-.16*	-.08	-.02	-.10	.06	.06	-.07	-.05	.09	-.19**	.20**	.10	.17*	.20**	.24**	(.81)

Nota. 1=Exigências quantitativas (exigências laborais); 2=Ritmo de trabalho (exigências laborais); 3=Exigências Cognitivas (exigências laborais); 4=Exigências Emocionais (exigências laborais); 5=Influência no trabalho (organização do trabalho e conteúdo); 6=Possibilidades de desenvolvimento (organização do trabalho e conteúdo); 7=Previsibilidade (relações sociais e liderança); 8=Transparência do papel laboral desempenhado (relações sociais e liderança); 9=Recompensas (relações sociais e liderança); 10=Apoio social de superiores (relações sociais e liderança); 11=Comunidade social no trabalho (relações sociais e liderança); 12=Qualidade da liderança (relações sociais e liderança); 13=Confiança vertical (valores no local de trabalho); 14=Justiça e respeito (valores no local de trabalho); 15=Autoeficácia (personalidade); 16=Significado do trabalho (organização do trabalho e conteúdo); 17=Compromisso face ao local de trabalho (organização do trabalho e conteúdo); 18=Satisfação laboral (interface trabalho – indivíduo); 19=Insegurança laboral (interface trabalho – indivíduo); 20=Saúde geral (saúde e bem-estar); 21=Conflito trabalho-família (interface trabalho – indivíduo); 22=Problemas em dormir (saúde e bem-estar); 23=*Burnout* (saúde e bem-estar); 24=Stresse (saúde e bem-estar); 25=Sintomas depressivos (saúde e bem-estar); 26=*Bullying* (comportamentos ofensivos); *Valor estatisticamente significativo para $p < .05$; **Valor estatisticamente significativo para $p < .01$; ¹A dimensão identificada não possui o número de itens suficientes para avaliar a sua consistência interna.

4.2 Caracterização dos fatores de risco psicossociais identificados em função das características sociodemográficas

Este subcapítulo é onde se define a percepção dos riscos psicossociais e a sua variação em função das características sociodemográficas (sexo, idade, género, estado civil, habilitações literárias) dos respondentes.

4.2.1 Diferenças entre o sexo relativamente à incidência de riscos psicossociais

Relativamente ao sexo, verificou-se que os pressupostos referentes à distribuição normal ($D, p > .05$; $SW, p > .05$) e à homogeneidade da variância ($W, p > .05$) não foram respeitados. Deste modo, teve de ser realizado o equivalente não-paramétrico do teste *t-student* para a comparação de médias entre dois grupos, o teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Após a realização deste teste, observou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas dimensões saúde geral, problemas em dormir e *burnout*. Neste âmbito, registou-se que os homens ($M=131.04$), comparativamente às mulheres ($M=105.10$), apresentavam menos problemas de saúde geral ($U=2845, W=3145; p=.044$).

No que diz respeito aos problemas em dormir, as mulheres ($M=110.64$) apresentaram mais questões de sono do que os homens ($M=81.50$) ($U=1598.500, W=1874.500; p=.028$), o mesmo sucedeu quanto à incidência de *burnout*, onde o valor de *mean rank* das mulheres, 109.44, foi superior ao dos homens, 79.21 ($U=1601, W=1901; p=.021$). Em suma, os homens apresentaram menos problemas de saúde, em comparação com as mulheres, e estas, por sua vez, apresentaram mais problemas em dormir (por exemplo, acordar durante a noite e não conseguir voltar a adormecer) e incidência de *burnout* (i.e., sintomas como exaustão física e emocional) quando comparadas com os homens.

4.2.2 Diferenças entre os escalões etários relativamente à incidência de riscos psicossociais

Antes de efetuar a análise em questão, a variável idade foi recodificada com recurso à ferramenta Visual Binning do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Esta é essencial para a criação de novas variáveis, de modo que elas possam apresentar características equitativas, o que facilita, por exemplo, a realização de testes de comparação de médias. Assim, foram criados cinco escalões etários, 21-30 anos, 31-38 anos, 39-45 anos, 46-53 anos e mais de 54 anos.

O pressuposto de distribuição normal foi respeitado, ainda que os *p-values* dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk tenham apresentado valores inferiores a .05. Porém,

recorrendo ao Teorema do Limite Central¹, concluiu-se pela normalidade da amostra. No entanto, o pressuposto de homogeneidade da variância não foi respeitado para as dimensões transparência do papel laboral desempenhado, recompensas, qualidade da liderança, confiança vertical, justiça e respeito e significado do trabalho, dado que os valores do teste de Levene foram inferiores a .05. Nesta situação a comparação de médias foi efetuada através da ANOVA de Welch. As restantes dimensões foram avaliadas através do teste ANOVA.

Exigências quantitativas

Não se observou um efeito estatisticamente significativo para a dimensão exigências quantitativas em função dos escalões etários definidos ($F(4,216)=1.663$; $p=.160$; $\eta^2p=.031$; $\pi=.506$).

Ritmo de trabalho

Não se verificou um efeito estatisticamente significativo para a dimensão ritmo de trabalho em função dos escalões etários propostos ($F(4,216)=.721$; $p=.579$; $\eta^2p=.013$; $\pi=.231$).

Exigências cognitivas

Não existiu um efeito estatisticamente significativo para a dimensão exigências cognitivas em função dos escalões etários estabelecidos ($F(4,216)=1.556$; $p=.187$; $\eta^2p=.029$; $\pi=.476$).

Exigências emocionais

Não houve um efeito estatisticamente para a dimensão exigências emocionais considerando os cinco escalões etários criados ($F(4,216)=.049$; $p=.995$; $\eta^2p=.001$; $\pi=.060$).

Influência no trabalho

Não existiu um efeito estatisticamente significativo para a dimensão influência no trabalho em função dos escalões etários ($F(4,216)=.310$; $p=.871$; $\eta^2p=.006$; $\pi=.119$).

Possibilidades de desenvolvimento

Houve diferenças estatisticamente significativas para a dimensão possibilidades de desenvolvimento considerando os escalões etários criados ($F(4,216)=3.720$; $p=.006$; $\eta^2p=.066$; $\pi=.881$). A diferença existente ocorreu entre o escalão etário 21-30 anos ($M=4.41$; $DP=.09$) anos e o escalão etário mais de 54 anos ($M=3.37$; $DP=.15$) ($p=.002$, IC95%].174-1.100[). Isto permitiu identificar que o escalão mais jovem (21-30 anos) reconheceu ter um trabalho no qual é necessário iniciativa própria, ou seja, existe poder de decisão, e também consideraram se possível aprender coisas novas, ao contrário do que consideraram os trabalhadores com idade

¹ Para uma amostra com tamanho igual ou superior a 30, pode-se dizer que esta tende para a normalidade. Ou seja, à medida que o tamanho amostral aumenta, mais próxima esta se encontra da normalidade.

superior a 54 anos. Esta observação poderá dever-se ao facto de haver, na classe com idade mais avançada, uma maior atitude/sentimento de resignação, em termos profissionais.

Previsibilidade

Não existiu um efeito estatisticamente significativo para a dimensão previsibilidade em função dos escalões etários ($F(4,216)=1.203$; $p=.311$; $\eta^2p=.022$; $\pi=.374$).

Transparência do papel laboral desempenhado

No que diz respeito a este risco psicossocial teve de ser utilizada a ANOVA de Welch, uma vez que não houve respeito pelo pressuposto de homogeneidade da variância. Houve um efeito estatisticamente significativo da transparência do papel laboral desempenhado na associação com os cinco escalões etários ($F(4,103.937)=2.958$; $p=.023$). Este efeito foi registado entre os escalões etários 31-38 anos ($M=4.39$; $DP=.14$) e os 46-53 anos ($M=4.78$; $DP=.07$) ($p=.039$, IC95%]-.85--.01]). Nesta situação, e uma vez que houve uma violação do pressuposto de homogeneidade da variância, o teste *post-hoc* utilizado foi o Games-Howell, dado que é o mais adequado para este tipo de situação. Depreendeu-se com a avaliação que os trabalhadores na faixa etária dos 46-53 anos usufruíam de papéis/funções bem definidos, face ao relatado pelos restantes trabalhadores.

Recompensas

À semelhança da situação anterior, foi usada a ANOVA de Welch, tendo-se verificado a inexistência de um efeito estatisticamente significativo deste risco psicossocial na sua associação com os escalões etários definidos ($F(4,103.567)=1.334$; $p=.262$).

Apoio social de chefias

Não se registou um efeito estatisticamente significativo para a dimensão apoio social de chefias em função dos cinco escalões etários ($F(4,216)=1.399$; $p=.235$; $\eta^2p=.026$; $\pi=.432$).

Comunidade social no trabalho

Não se observou um efeito estatisticamente significativo para a dimensão comunidade social no trabalho nos cinco escalões etários definidos ($F(4,216)=.938$; $p=.358$; $\eta^2p=.020$; $\pi=.343$).

Qualidade da liderança

Para testar a existência de diferenças nos valores de média para este risco psicossocial foi utilizada a ANOVA de Welch. Observou-se que existiu um efeito estatisticamente significativo da qualidade da liderança na sua relação com os cinco escalões etários ($F(4,104.091)=2.626$; $p=.039$). Apesar de se ter identificado esta diferença, após a realização do *post-hoc* Games-Howell, não se registou qualquer diferença estatisticamente significativa entre os escalões etários definidos. No entanto, há uma situação que merece ser destacada, houve

uma diferença marginalmente significativa entre os 21-30 anos ($M=4.24$; $DP=.10$) e os mais de 54 anos ($M=3.81$; $DP=.14$) ($p=.086$, IC95%]-.037-.902[). Quer isto dizer que os trabalhadores com idade superior a 54 anos, em comparação com os situados no escalão etário entre 21 a 30 anos, consideraram usufruir de poucas oportunidades de desenvolvimento e sentiam algum tipo de insatisfação para com o planeamento do seu trabalho.

Confiança vertical

Tal como no risco psicossocial anterior, foi empregue a ANOVA de Welch devido à violação do pressuposto de homogeneidade da variância. Este teste demonstrou que não existiram diferenças estatisticamente significativas para a confiança vertical considerando os diferentes escalões etários ($F_{\omega}(4,102.610)=1.880$; $p=.120$).

Justiça e respeito

A relação entre a justiça e o respeito e os escalões etários também foi analisada a partir da ANOVA de Welch. Registou-se que não houve uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($F_{\omega}(4,104.509)=2.393$; $p=.055$). Apesar de não haver significância estatística, a diferença para um p -value de .05 foi residual, logo realizou-se o teste *post-hoc* Games-Howell. Este teste apontou para a existência de uma diferença marginalmente significativa ($p=.063$, IC95%]-.019-1.171[) entre os escalões etários 21-30 anos ($M=4.06$; $DP=.12$) e os mais de 54 anos ($M=3.46$; $DP=.18$). Embora a diferença tenha sido pequena, o escalão etário de 21-30 anos considerou haver algum tipo de injustiça para com a resolução de conflitos e distribuição de trabalho, comparativamente aos trabalhadores com idade superior a 54 anos.

Autoeficácia

Quanto à autoeficácia, não se observou um efeito estatisticamente significativo na sua relação com os escalões etários criados ($F(4,216)=.193$; $p=.942$; $\eta^2p=.004$; $\pi=.091$).

Significado do trabalho

O significado do trabalho e a sua relação com os escalões etários foi testada a partir da ANOVA de Welch, dado que uma análise anterior demonstrou que não havia um respeito pelo pressuposto de homogeneidade da variância. Os resultados obtidos demonstraram que não houve uma relação estatisticamente significativa ($F_{\omega}(4,103.932)=1.204$; $p=.314$).

Compromisso face ao local de trabalho

Não se verificou um efeito estatisticamente significativo com os cinco escalões etários ($F(4,216)=.968$; $p=.426$; $\eta^2p=.018$; $\pi=.304$).

Satisfação laboral

Não se registou um efeito estatisticamente significativo na relação entre a satisfação laboral e os escalões etários criados ($F(4,216)=.338$; $p=.852$; $\eta^2p=.006$; $\pi=.126$).

Insegurança laboral

Relativamente à insegurança no trabalho, não se observou um efeito estatisticamente significativo quanto aos escalões etários ($F(4,216)=1.343$; $p=.255$; $\eta^2p=.025$; $\pi=.415$).

Saúde geral

Houve um efeito estatisticamente significativo entre a saúde geral e os cinco escalões etários ($F(4,216)=3.820$; $p=.068$; $\eta^2p=.004$; $\pi=.890$). O efeito foi detetado entre os escalões etários 21-30 anos ($M=3.31$; $DP=.22$) e os 46-53 anos ($M=2.75$; $DP=.17$) ($p=.026$, IC95% [.049-1.175]) e os 31-38 anos ($M=3.32$; $DP=.13$) e os 46-53 anos ($M=2.75$; $DP=.17$) ($p=.028$, IC95% [.043-1.197]). Depreende-se que, os trabalhadores situados no escalão etário entre 31-38 anos, onde a média foi mais elevada, tiveram uma perceção mais positiva da sua própria saúde, em comparação aos restantes escalões. Por outro lado, a perceção da saúde nos escalões 46-53 anos e 46-53 anos, foi menos favorável.

Conflito trabalho-família

Não houve um efeito estatisticamente significativo no que diz respeito a este risco psicossocial considerando os escalões etários criados ($F(4,216)=1.493$; $p=.205$; $\eta^2p=.028$; $\pi=.459$).

Problemas em dormir

Não existiu um efeito estatisticamente significativo dos problemas de sono nos cinco escalões etários definidos ($F(4,216)=2.361$; $p=.054$; $\eta^2p=.043$; $\pi=.676$).

Burnout

O *burnout* não estabeleceu um efeito estatisticamente significativo relativamente aos escalões etários ($F(4,216)=1.351$; $p=.252$; $\eta^2p=.026$; $\pi=.417$).

Stresse

Não se registou um efeito estatisticamente significativo no que diz respeito aos escalões etários criados ($F(4,216)=1.319$; $p=.264$; $\eta^2p=.025$; $\pi=.408$).

Sintomas depressivos

Não se observou um efeito estatisticamente significativo quanto aos cinco escalões etários ($F(4,216)=1.948$; $p=.104$; $\eta^2p=.036$; $\pi=.581$).

Comportamentos ofensivos

Por último, não existiu um efeito estatisticamente significativo dos comportamentos ofensivos na relação com os escalões etários criados ($F(4,216)=.759$; $p=.553$; $\eta^2p=.015$; $\pi=.242$).

4.2.3 Diferenças entre o estado civil relativamente à incidência de riscos psicossociais

O pressuposto de distribuição normal foi respeitado, ainda que os *p-values* dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk tenham apresentado valores inferiores a .05. No entanto, se considerarmos o Teorema do Limite Central e o tamanho da amostra recolhida, podemos concluir pela existência de uma distribuição normal. Por outro lado, houve um conjunto de variáveis que não respeitaram o pressuposto de homogeneidade da variância, dado que apresentaram *p-values* menores do que .05, a saber: (a) transparência do papel laboral desempenhado; (b) significado do trabalho; (c) problemas em dormir; e (d) comportamentos ofensivos. Nestas situações a comparação de médias foi realizada a partir da ANOVA de Welch. Nas restantes situações foi utilizado o teste ANOVA.

Exigências quantitativas

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as exigências quantitativas e o estado civil dos respondentes ($F(4,216)=.329$; $p=.804$; $\eta^2p=.005$; $\pi=.114$).

Ritmo de trabalho

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o risco psicossocial em análise e o estado civil ($F(4,216)=3.077$; $p=.029$; $\eta^2p=.042$; $\pi=.714$). A diferença verificou-se entre os estados civis casado(a) ou a viver em uma união de facto ($M=2.66$; $DP=.13$) e o divorciado(a) ($M=3.27$; $DP=.22$) ($p=.024$, IC95%]-1.33--.07[). Desta forma, foi registado no primeiro grupo (casados(as)/união de facto) um ritmo de trabalho menos elevado, em comparação ao segundo grupo, cuja necessidade de trabalhar mais rapidamente foi maior (divorciados(as)).

Exigências cognitivas

Não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre as exigências cognitivas e o estado civil dos participantes ($F(4,216)=.074$; $p=.974$; $\eta^2p=.001$; $\pi=.063$).

Exigências emocionais

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a exigências emocionais e o estado civil ($F(4,216)=.209$; $p=.890$; $\eta^2p=.003$; $\pi=.089$).

Influência no trabalho

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a influência no trabalho e o estado civil dos respondentes ($F(4,216)=1.459$; $p=.227$; $\eta^2p=.020$; $\pi=.383$).

Possibilidades de desenvolvimento

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre as possibilidades de desenvolvimento e o estado civil ($F(4,216)=.341$; $p=.796$; $\eta^2p=.005$; $\pi=.116$).

Previsibilidade

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a previsibilidade e o estado civil ($F(4,216)=.438$; $p=.726$; $\eta^2p=.006$; $\pi=.137$).

Transparência do papel laboral desempenhado

Como o pressuposto de homogeneidade da variância foi violado, foi empregue uma ANOVA de Welch. Este teste apontou para a não existência de resultados estatisticamente significativos ($F_{\omega} (3,41.604)=1269$, $p=.297$).

Recompensas

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as recompensas e o estado civil dos respondentes ($F(4,216)=.027$; $p=.994$; $\eta^2p=.000$; $\pi=.055$).

Apoio social de chefias

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o apoio social das chefias e o estado civil ($F(4,216)=.605$; $p=.612$; $\eta^2p=.008$; $\pi=.175$).

Comunidade social no trabalho

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a comunidade social no trabalho e o estado civil ($F(4,216)=.540$; $p=.655$; $\eta^2p=.008$; $\pi=.160$).

Qualidade da liderança

Não houve qualquer diferença estatisticamente significativa entre a qualidade da liderança e o estado civil ($F(4,216)=.197$; $p=.898$; $\eta^2p=.003$; $\pi=.086$).

Confiança vertical

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a confiança vertical e o estado civil dos respondentes ($F(4,216)=1.282$; $p=.281$; $\eta^2p=.018$; $\pi=.340$).

Justiça e respeito

Não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa entre a dimensão justiça e respeito e o estado civil dos participantes ($F(4,216)=.119$; $p=.949$; $\eta^2p=.002$; $\pi=.072$).

Autoeficácia

Não houve qualquer diferença estatisticamente significativa entre a autoeficácia e o estado civil ($F(4,216)=.264$; $p=.851$; $\eta^2p=.004$; $\pi=.100$).

Significado do trabalho

Uma vez que houve uma violação do pressuposto de homogeneidade da variância, foi utilizada a ANOVA de Welch. O resultado deste teste demonstrou que não existiram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($F_{\omega}(4,40.687)=1.609; p=.202$).

Compromisso face ao local de trabalho

Não se registou qualquer diferença estatisticamente significativa entre o compromisso face ao local de trabalho e o estado civil ($F(4,216)=.140; p=.936; \eta^2p=.002; \pi=.075$).

Satisfação laboral

Não se observou qualquer diferença estatisticamente significativa entre a satisfação laboral e o estado civil ($F(4,216)=1.406; p=.242; \eta^2p=.020; \pi=.370$).

Insegurança laboral

Houve diferenças estatisticamente significativas entre a insegurança laboral e o estado civil dos participantes ($F(4,216)=3.393; p=.019; \eta^2p=.046; \pi=.761$). Apesar da existência desta diferença, não se vislumbraram diferenças entre os grupos existentes. Não obstante, há que mencionar que houve uma diferença marginalmente significativa entre o estado civil casado(a) ou a viver em uma união de facto ($M=3.12; DP=.17$) e o estado divorciado(a) ou separado(a) ($M=3.76; DP=.26$) ($p=.052, IC95\%[-1.551-.004]$). Foi possível apurar que o grupo com estado civil divorciado(a) ou separado(a) apresentou uma maior preocupação perante a possibilidade de ficar desempregado(a), em comparação aos restantes grupos. Possivelmente, isto pode ser explicado pelo facto de uma pessoa divorciada ser a única fonte de sustento de um agregado familiar.

Saúde geral

Não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa entre a saúde geral e o estado civil dos respondentes ($F(4,216)=1.102; p=.349; \eta^2p=.015; \pi=.295$).

Conflito trabalho-família

Não se registou qualquer diferença estatisticamente significativa entre o conflito trabalho-família e o estado civil dos participantes ($F(4,216)=.269; p=.848; \eta^2p=.004; \pi=.101$).

Problemas em dormir

À semelhança do significado do trabalho, também para testar a associação entre os problemas em dormir e o estado civil, foi usada a ANOVA de Welch. Os resultados obtidos conduziram à conclusão de que não existiram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis ($F_{\omega}(4,36.628)=.325; p=.807$).

Burnout

Não se observou uma diferença estatisticamente significativa entre o *burnout* e o estado civil ($F(4,216)=1.093$; $p=.353$; $\eta^2p=.016$; $\pi=.293$).

Stresse

Não existiu qualquer diferença estatisticamente significativa entre o stresse e o estado civil ($F(4,216)=1.451$; $p=.229$; $\eta^2p=.020$; $\pi=.381$).

Sintomas depressivos

Não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos e o estado civil dos respondentes ($F(4,216)=.191$; $p=.902$; $\eta^2p=.003$; $\pi=.085$).

Comportamentos ofensivos

Por fim, relativamente aos comportamentos ofensivos, também foi utilizada a ANOVA de Welch porque o pressuposto de homogeneidade da variância foi violado. Este teste indicou que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os comportamentos ofensivos e o estado civil dos participantes ($F(4,33.823)=3.487$; $p=.026$). Contudo, através do teste *post-hoc Games-Howell*, não foi detetada qualquer diferença entre os grupos.

4.2.4 Diferenças entre as habilitações literárias relativamente à incidência de riscos psicossociais

Antes de se testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e a incidência de riscos psicossociais, avaliaram-se dois pressupostos estatísticos, distribuição normal e homogeneidade da variância. Em algumas situações, os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk apresentaram resultados estatisticamente significativos, o que aponta para uma violação da distribuição normal. No entanto, de acordo com o Teorema do Limite Central, pode-se concluir que a amostra recolhida seguiu uma distribuição normal. Ao nível da homogeneidade da variância, as dimensões exigências emocionais, apoio social das chefias, comunidade social no trabalho, significado do trabalho e comportamentos ofensivos não respeitaram o padrão definido para este pressuposto. Assim, o teste de diferença de médias utilizado foi a ANOVA de Welch. Nas restantes situações foi usado o teste ANOVA.

Exigências quantitativas

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as exigências quantitativas e as habilitações literárias dos participantes ($F(7,216)=.619$; $p=.740$; $\eta^2p=.020$; $\pi=.264$).

Ritmo de trabalho

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o ritmo de trabalho e as habilitações literárias ($F(7, 216)=.785$; $p=.600$; $\eta^2p=.026$; $\pi=.334$).

Exigências cognitivas

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre as exigências cognitivas e as habilitações literárias ($F(7,216)=2.837$; $p=.008$; $\eta^2p=.087$; $\pi=.916$). Apesar disso, ao consultar os resultados do teste *post-hoc*, verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos considerados. Não obstante, há que salientar que houve uma diferença marginalmente significativa entre as pessoas que frequentaram o 1.º ciclo ($M=3.28$; $DP=.27$) e a licenciatura ($M=3.97$; $DP=.19$) ($p=.080$, IC95%]-1.253-.036[). O grupo com menores habilitações literárias classificou o seu trabalho como menos exigente do ponto de vista de tomada de decisão e da necessidade de atenção constante, ao contrário do grupo com habilitações literárias de nível superior, nomeadamente os licenciados. Este achado está pois, de acordo com o facto de trabalhadores mais qualificados normalmente ocuparem cargos profissionais com funções mais complexas do ponto de vista cognitivo.

Exigências emocionais

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as exigências emocionais e as habilitações literárias. Esta observação foi efetuada através da ANOVA de Welch, uma vez que não houve um respeito pelo pressuposto de homogeneidade da variância ($F_{\omega}(4,45.923)=2.044$; $p=.069$).

Influência no trabalho

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a influência no trabalho e as habilitações literárias dos participantes ($F(7,216)=2.182$; $p=.037$; $\eta^2p=.068$; $\pi=.810$). A partir do teste *post-hoc* observou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que frequentaram o ensino secundário ($M=2.95$; $DP=.19$) e a licenciatura ($M=3.66$; $DP=.15$) ($p=.044$, IC95%]-1.504--.011[). Entendeu-se assim, que os trabalhadores com qualificações superiores (licenciatura) detinham maior controlo sobre a organização do seu próprio trabalho, do que os trabalhadores com o 12º ano de escolaridade.

Possibilidades de desenvolvimento

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as possibilidades de desenvolvimento e as habilitações literárias ($F(7,216)=1.263$; $p=.270$; $\eta^2p=.041$; $\pi=.534$).

Previsibilidade

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão previsibilidade e as habilitações literárias dos respondentes ($F(7,216)=1.603$; $p=.136$; $\eta^2p=.051$; $\pi=.657$).

Transparência do papel laboral desempenhado

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a transparência do papel laboral desempenhado e as habilitações literárias ($F(7,216)=.792$; $p=.595$; $\eta^2p=.026$; $\pi=.338$).

Recompensas

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as recompensas recebidas pelos trabalhadores e as suas habilitações literárias ($F(7,216)=.691$; $p=.680$; $\eta^2p=.023$; $\pi=.294$).

Apoio social de chefias

O apoio social das chefias não estabeleceu uma associação com as habilitações literárias. Esta situação foi observada através do teste ANOVA de Welch, dado que não foi respeitado o pressuposto de homogeneidade da variância ($F_{\omega}(4,46.821)=1.348$; $p=.250$).

Comunidade social no trabalho

A comunidade social no trabalho não se relacionou com as habilitações literárias. Esta relação foi testada com recurso à ANOVA de Welch, uma vez que não foi respeitada a homogeneidade da variância ($F_{\omega}(4,45.712)=2.059$; $p=.068$).

Qualidade da liderança

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão qualidade da liderança e as habilitações literárias dos participantes ($F(7,216)=1.582$; $p=.142$; $\eta^2p=.051$; $\pi=.650$).

Confiança vertical

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a confiança vertical e as habilitações literárias ($F(7,216)=.990$; $p=.439$; $\eta^2p=.032$; $\pi=.422$).

Justiça e respeito

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a justiça e o respeito e as habilitações literárias ($F(7,216)=1.507$; $p=.166$; $\eta^2p=.048$; $\pi=.625$).

Autoeficácia

Não se observou uma associação entre a autoeficácia e as habilitações literárias ($F(7,216)=1.200$; $p=.305$; $\eta^2p=.039$; $\pi=.509$).

Significado do trabalho

O significado do trabalho não estabeleceu uma relação estatisticamente significativa com as habilitações literárias. A ANOVA de Welch foi utilizada para testar esta relação, uma vez que a homogeneidade da variância não foi respeitada ($F(4,42.283)=.874; p=.535$).

Compromisso face ao local de trabalho

Não houve qualquer relação estatisticamente significativa entre o compromisso face ao local de trabalho e as habilitações literárias dos participantes ($F(7,216)=1.214; p=.296; \eta^2p=.039; \pi=.515$).

Satisfação laboral

Não existiu uma associação estatisticamente significativa entre a satisfação laboral e as habilitações literárias ($F(7,216)=1.020; p=.418; \eta^2p=.033; \pi=.435$).

Insegurança laboral

Não se registou uma relação estatisticamente significativa entre a insegurança laboral e as habilitações literárias ($F(7,216)=1.788; p=.091; \eta^2p=.057; \pi=.715$).

Saúde geral

Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a saúde geral e as habilitações literárias ($F(7,216)=1.811; p=.087; \eta^2p=.058; \pi=.721$).

Conflito trabalho-família

Não se observou uma relação estatisticamente significativa entre o conflito trabalho-família e as habilitações literárias ($F(7,216)=1.324; p=.240; \eta^2p=.043; \pi=.558$).

Problemas em dormir

Não se averiguou uma associação estatisticamente significativa entre os problemas de sono e as habilitações literárias dos participantes ($F(7,216)=.605; p=.751; \eta^2p=.020; \pi=.258$).

Burnout

Não houve uma relação estatisticamente significativa entre o *burnout* e as habilitações literárias dos respondentes ($F(7,216)=.129; p=.996; \eta^2p=.004; \pi=.084$).

Stresse

Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o stresse e as habilitações literárias ($F(7,216)=.826; p=.567; \eta^2p=.027; \pi=.352$).

Sintomas depressivos

Não se observou uma relação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos e as habilitações literárias ($F(7,216)=.393; p=.906; \eta^2p=.013; \pi=.173$).

Comportamentos ofensivos

Os comportamentos ofensivos não se associaram de maneira estatisticamente significativa com as habilitações literárias. A ANOVA de Welch foi empregue nesta situação, dado que o pressuposto de homogeneidade da variância não foi respeitado ($F_{\omega}(4,41.410)=.663$; $p=.702$).

4.3 Caracterização dos fatores de risco psicossociais identificados em função das características socioprofissionais

Este subcapítulo é onde se define a percepção dos riscos psicossociais e a sua variação em função das características socioprofissionais (exercício de funções de chefia, tempo de exercício profissional, tipo de horário de trabalho, número de horas trabalhadas semanalmente, existência de Serviços de SST/SO e formação em SST/SO) dos respondentes.

4.3.1 Diferenças entre o exercício de funções de chefia relativamente à incidência de riscos psicossociais

Quanto ao pressuposto da normalidade da distribuição, houve algumas situações onde se registaram *p-values* inferiores a .05 para os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. No entanto, recorrendo ao Teorema do Limite Central, pode-se considerar que a amostra recolhida tende para a normalidade. Relativamente à homogeneidade da variância, houve situações em que este pressuposto foi violado, a saber: (a) exigências emocionais; (b) comunidade social no trabalho; (c) satisfação no trabalho; (d) problemas em dormir; e (e) comportamentos ofensivos. Nessa situação, a leitura do teste *t-student* foi feita na linha *equal variances not assumed*.

Exigências quantitativas

Houve diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham ou não funções de chefia quanto às exigências quantitativas ($t(214)=5.824$; $p=.000$, I.C.95%=[.590-1.194]). Os indivíduos que desempenham funções de chefia apresentaram mais exigências quantitativas ($M=3.06$; $DP=.94$) comparativamente aos que não desempenham funções de chefia ($M=2.16$; $DP=.87$). Desta forma, entende-se que os trabalhadores com cargos mais elevados, consideraram existir problemas relativos à distribuição da carga de trabalho e tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho. Esta situação pode ser explicada pela acumulação de funções, onde as pessoas, além das suas tarefas habituais acumulam outras, as de chefia, que inicialmente não estavam alocadas ao seu papel.

Ritmo de trabalho

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham ou não funções de chefia quanto ao ritmo de trabalho ($t(214)=3.354$; $p=.001$, I.C.95%=[.288-1.108]). As pessoas que desempenham funções de chefia reportaram maior ritmo de trabalho ($M=3.46$; $DP=1.05$) comparativamente àquelas que não desempenham funções deste cariz ($M=2.77$; $DP=1.23$). Desta forma, o grupo com funções mais exigentes do ponto de vista quantitativo, teve necessidade de trabalhar mais rapidamente, provavelmente para conseguir dar resposta a situações como as anteriormente referidas (i.e., carga de trabalho menos bem distribuída, e carência de tempo para completar as tarefas de trabalho).

Exigências cognitivas

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham ou não funções de chefia quanto às exigências cognitivas ($t(214)=4.505$; $p=.000$, I.C.95%=[.326-.834]). Os indivíduos que desempenham funções de chefia ($M=4.19$; $DP=.63$) possuíam mais exigências cognitivas comparativamente aos que não desempenham estas funções ($M=3.61$; $DP=.77$). O primeiro grupo classificou o seu trabalho mais exigente do ponto de vista da atenção empregue no desempenho das funções e ao nível da tomada de decisão, em comparação ao segundo grupo, cujas exigências manifestas foram menores. De acordo com as conclusões de Rodrigues (2018), os fatores de risco psicossocial que mais colocam os trabalhadores numa situação de risco para a saúde são precisamente as exigências cognitivas, as quais variam, entre outras condições, em função do grupo profissional. (Rodrigues, 2018)

Exigências emocionais

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham ou não funções de chefia quanto às exigências emocionais ($t(93.669)=3.494$; $p=.001$, I.C.95%=[.232-.844]). As pessoas que desempenham funções de chefia ($M=4.29$; $DP=.78$) apresentaram mais exigências emocionais comparativamente às que não desempenham estas funções ($M=3.75$; $DP=1.24$). À semelhança do que se sucedeu com as elevadas exigências cognitivas, as exigências emocionais estiveram igualmente destacadas enquanto fator de risco psicossocial que afeta os trabalhadores com funções de chefia. Segundo a literatura, normalmente existe um forte envolvimento emocional na execução das referidas funções (Rodrigues, 2018).

Influência no trabalho

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham ou não funções de chefia quanto à influência no trabalho ($t(214)=3.007$; $p=.003$, I.C.95%=[.219-1.053]). Os indivíduos que desempenhavam funções de chefia ($M=3.75$;

$DP=1.14$) indicaram que tinham mais influência no seu processo de trabalho comparativamente aos que não desempenham estas funções ($M=3.12$; $DP=1.24$). No grupo de trabalhadores cujas funções não envolviam a tomada de decisões, a influência sobre o trabalho revelou-se menor. Por outro lado, quando existe a responsabilidade em decidir e orientar o trabalho de terceiros, a influência, bem como o poder de decisão sobre o trabalho que os chefes de equipa/coordenadores detêm, tendem a ser elevados.

Possibilidades de desenvolvimento

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que desempenham ou não funções de chefia relativamente às possibilidades de desenvolvimento ($t(214)=-.833$; $p=.406$, I.C.95%= $-.391-.158$).

Previsibilidade

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que desempenham ou não funções de chefia quanto à previsibilidade ($t(214)=-2.073$; $p=.039$, I.C.95%= $-.629--.015$). As pessoas que desempenham funções de chefia apresentaram valores de média mais baixos ($M=3.50$; $DP=.79$), quanto à previsibilidade, comparativamente aos que não desempenham funções de chefia ($M=3.82$; $DP=.92$). Nesta subescala, os trabalhadores que executavam funções de chefia demonstraram ter uma perceção acerca da informação transmitida (por exemplo, decisões importantes, mudanças ou planos futuros) mais pobre, comparativamente ao outro grupo. Isto pode dever-se ao facto de o trabalho de uma chefia ser imprevisível, por exemplo, ao nível da tomada de decisão. Frequentemente, situações inesperadas podem ocorrer, o que obrigam as chefias a resolvê-las o mais rapidamente possível.

Transparência do papel laboral desempenhado

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito à transparência do papel laboral desempenhado, quando se comparou os indivíduos que desempenhavam ou não funções de chefia ($t(214)=-.895$; $p=.372$, I.C.95%= $-.313-.118$).

Recompensas

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas, quanto às recompensas, entre as pessoas que desempenham e não desempenham funções de chefia ($t(214)=-2.715$; $p=.007$, I.C.95%= $-.621-.082$).

Apoio social de chefias

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham ou não funções de chefia relativamente ao apoio social das chefias ($t(214)=-1.511$; $p=.132$, I.C.95%= $-.806--.128$). As pessoas que não desempenham funções de chefia ($M=4.13$; $DP=.99$) percecionavam maior suporte das chefias comparativamente àquelas que

desempenham essas mesmas funções ($M=3.66$; $DP=.97$). Em sintonia com o fator de risco psicossocial anteriormente identificado (previsibilidade), os trabalhadores que realizavam funções de chefia revelaram falta de apoio da hierarquia superior; pelo contrário, os trabalhadores desprovidos de funções de chefias, recebiam suporte social proveniente dos seus chefes/supervisores.

Comunidade social no trabalho

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham ou não funções de chefia no que diz respeito à comunidade social no trabalho ($t(75.458)=-.273$; $p=.785$, I.C.95%= $-.309$ -- $.234$).

Qualidade da liderança

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que desempenham ou não funções de chefia relativamente à qualidade da liderança ($t(214)=-2.022$; $p=.047$, I.C.95%= $-.604$ -- $.004$). Os indivíduos que não desempenham funções de chefia ($M=4.09$; $DP=.86$) classificaram a qualidade da liderança como mais elevada comparativamente aos que tinham funções de chefia ($M=3.79$; $DP=.93$). Uma vez mais, em sintonia com os fatores de risco anteriormente identificados (previsibilidade e apoio social de superiores), os trabalhadores que detinham funções de chefia sentiam falta de qualidade na liderança (por exemplo, oferta de oportunidades de desenvolvimento e planeamento do trabalho). Por outro lado, os trabalhadores sem funções de chefia não revelaram esse tipo de desconforto.

Confiança vertical

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas, quanto à confiança vertical, quando comparados os indivíduos que desempenham ou não funções de chefia ($t(214)=-2.416$; $p=.017$, I.C.95%= $-.569$ -- $.057$). Os indivíduos que não desempenham funções de chefia apresentaram maior confiança vertical ($M=4.41$; $DP=.74$) em comparação aos que desempenham funções de chefia ($M=4.09$; $DP=.77$). Este resultado foi indicativo da existência de falta de confiança advinda do segundo grupo (com funções de chefia) em relação aos seus superiores; pelo contrário, o primeiro grupo (sem funções) revelou sentir-se confortável acerca da confiança que lhes era depositada, bem como no conteúdo da informação transmitida.

Justiça e respeito

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham ou não funções de chefia quanto à justiça e ao respeito ($t(214)=-2.474$; $p=.014$, I.C.95%= $-.727$ -- $.082$). As pessoas que não desempenham funções de chefia indicaram maior perceção de justiça e respeito ($M=3.86$; $DP=.95$) comparativamente às que desempenham

funções de chefia ($M=3.46$; $DP=.94$). O grupo de trabalhadores com funções de chefia, comparativamente ao outro grupo, demonstrou descontentamento em relação à forma como eram resolvidos os conflitos, assim como em relação à distribuição do serviço.

Autoeficácia

Não houve diferenças estatisticamente significativas, relativamente à autoeficácia, entre os indivíduos que desempenham e não desempenham funções de chefia ($t(214)=-.888$; $p=.375$, I.C.95%= $-.389-.147$).

Significado do trabalho

Não existiram diferenças estatisticamente significativas, quanto ao significado do trabalho, entre as pessoas que desempenham e não desempenham funções de chefia ($t(214)=-.651$; $p=.515$, I.C.95%= $-.256-.129$).

Compromisso face ao local de trabalho

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao compromisso face ao local de trabalho, comparando as pessoas que desempenham e não desempenham funções de chefia ($t(214)=.927$; $p=.355$, I.C.95%= $-.199-.553$).

Satisfação laboral

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito à satisfação laboral, entre os indivíduos que desempenham e não desempenham funções de chefia ($t(52.457)=-3.022$; $p=.004$, I.C.95%= $-.831-.167$). Os indivíduos que não desempenham funções de chefia apresentaram maiores índices de satisfação ($M=4.28$; $DP=.79$) comparativamente aos que desempenham cargos de responsabilidade ($M=3.78$; $DP=.99$). Este último grupo demonstrou menor nível de satisfação global para com o trabalho, em comparação ao outro grupo de trabalhadores.

Insegurança laboral

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas, ao nível da insegurança laboral, entre os grupos comparados, pessoas que desempenham cargos de chefia e pessoas que não desempenham cargos de chefia ($t(214)=-1.428$; $p=.155$, I.C.95%= $-.889-.142$).

Saúde geral

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito à saúde geral, entre os indivíduos que desempenham funções de chefia e os que não as desempenham ($t(214)=-2.228$; $p=.027$, I.C.95%= $-.711--.043$). Os indivíduos que não desempenham funções de chefia ($M=3.10$; $DP=1.01$) reportaram uma média de saúde mais alta comparativamente com os que desempenham funções de chefia ($M=2.73$; $DP=.81$). Ou seja, o primeiro grupo de

trabalhadores (sem funções de chefia) considerou o seu estado de saúde melhor, comparativamente ao segundo grupo (com funções de chefia).

Conflito trabalho-família

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao conflito trabalho-família, entre os grupos comparados, pessoas que desempenham funções de chefia e pessoas que não desempenham funções de chefia ($t(214)=5.307$; $p=.000$, I.C.95%=[.653-1.425]). As pessoas que desempenham funções de chefia ($M=3.40$; $DP=1.12$) apresentaram maior conflito trabalho-família comparativamente às pessoas que não desempenham funções de chefia ($M=2.36$; $DP=1.13$). Nesta subescala, que ajuda a definir a interface trabalho/família, foi detetado que os trabalhadores com responsabilidades mais elevadas, revelaram que o seu trabalho lhes exige mais energia e tempo (i.e., incorrendo em prejuízo da sua vida privada em comparação ao grupo com menos responsabilidades).

Problemas em dormir

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que desempenham funções de chefia comparativamente aos que não as desempenham relativamente aos problemas em dormir ($t(72.069)=3.336$; $p=.001$, I.C.95%=[.250-.992]). As pessoas que desempenham funções de chefia apresentaram mais problemas de sono ($M=3.37$; $DP=.16$) comparativamente aos que não desempenham estas funções ($M=2.78$; $DP=.10$). Ou seja, o primeiro grupo (com funções de chefia) referiu acontecer acordar durante a noite e não conseguir voltar a adormecer com maior frequência, quando comparado ao segundo grupo (sem funções de chefia).

Burnout

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que desempenham funções de chefia e as pessoas que não desempenham estas funções ($t(214)=3.773$; $p=.000$, I.C.95%=[.347-1.107]). As pessoas que possuem funções de responsabilidade ($M=3.62$; $DP=.98$) reportaram índices de *burnout* mais elevados comparativamente às que não têm este tipo de funções ($M=2.89$; $DP=1.12$). Isto é, o primeiro grupo de trabalhadores (com funções de chefia) relatou sofrer de exaustão física e emocional com uma regularidade superior aos restantes trabalhadores (sem funções de chefia).

Stresse

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, ao nível do stresse, quando se compararam indivíduos que desempenham funções de chefia e indivíduos que não desempenham funções de chefia ($t(214)=4.643$; $p=.000$, I.C.95%=[.494-1.223]). Os indivíduos que desempenham funções de chefia ($M=3.27$; $DP=1.06$) apresentaram maior incidência de

stressse comparativamente aos que não desempenhavam estas funções ($M=2.41$; $DP=1.05$). Foi estabelecido que os trabalhadores com mais responsabilidades nas suas funções sentiam com maior frequência, os dois sintomas referentes ao stressse: irritação e ansiedade, em comparação com os restantes trabalhadores.

Sintomas depressivos

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito aos sintomas depressivos, entre as pessoas que desempenham funções de chefia e as pessoas que não desempenham estas funções ($t(214)=2.863$; $p=.005$, I.C.95%= $].178-.968[$). As pessoas com cargos de chefia ($M=2.77$; $DP=1.25$) exibiram maior sintomatologia depressiva comparativamente às pessoas sem cargos de chefia ($M=2.20$; $DP=1.12$). O sentimento de tristeza foi referido com maior frequência pelo grupo de trabalhadores com funções de chefia, face ao registado nos restantes trabalhadores (sem cargos de chefia).

Comportamentos ofensivos

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas, quanto aos comportamentos ofensivos, quando se compararam os indivíduos que desempenham e não desempenham funções de chefia ($t(45.079)=1.437$; $p=.158$, I.C.95%= $]-.072-.433[$).

4.3.2 Diferenças entre o tempo de exercício profissional na instituição atual relativamente à incidência de riscos psicossociais

Uma vez que esta variável se encontrava em escala, foi necessário criar intervalos para o número de anos de exercício profissional na organização atual. Para tal, recorreu-se à ferramenta *Visual Binning* do SPSS. Através desta ferramenta foram criados cinco grupos: (a) até um ano de trabalho na organização atual; (b) entre dois a três anos na organização atual; (c) entre quatro a oito anos na organização atual; (d) entre nove a 15 anos na organização atual; e (e) 16 ou mais anos na organização atual.

Em algumas situações, os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk apresentaram valores estatisticamente significativos ($p<.05$), porém, seguindo o pressuposto do Teorema do Limite Central, pode-se concluir pela existência de uma distribuição normal. Quanto à homogeneidade da variância, houve alguns resultados que não respeitaram este pressuposto, a saber: (a) transparência do papel laboral desempenhado; (b) comunidade social no trabalho; e (c) confiança vertical. Para estas três variáveis foi utilizada a ANOVA de Welch.

Exigências quantitativas

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as exigências quantitativas e o tempo de trabalho na organização atual ($F(4,216)=2.987$; $p=.020$; $\eta^2p=.054$;

$\pi=.790$). A partir do teste *post-hoc* observou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que trabalhavam há um ano ou menos na organização ($M=2.06$; $DP=.12$) e os que trabalhavam na organização no período entre os quatro e os oito anos ($M=2.61$; $DP=.15$) ($p=.045$, $IC95\%].007-1.027[$). Verificou-se uma frequência mais elevada, no segundo grupo de trabalhadores (entre quatro a oito anos) haver acumulação de trabalho (por má distribuição) e falta de tempo para completar todas as tarefas impostas, face ao outro grupo (com um ano ou menos tempo de serviço).

Ritmo de trabalho

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o ritmo de trabalho e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=2.63$; $p=.035$; $\eta^2p=.048$; $\pi=.731$). O teste *post-hoc* indicou que as diferenças se situaram entre as pessoas que trabalhavam na instituição entre quatro a oito anos ($M=3.26$; $DP=.18$) e as pessoas que trabalhavam na organização há 16 anos ou mais ($M=2.55$; $DP=.21$) ($p=.024$, $IC95\%].07-1.52[$). Neste caso, o primeiro grupo (entre quatro a oito anos) revelou haver necessidade de trabalhar a um ritmo rápido, com maior frequência, face ao revelado pelo segundo grupo (trabalhadores há mais de 16 anos).

Exigências cognitivas

Não existiram diferenças estatisticamente significativas na associação entre as exigências cognitivas e o tempo de trabalho na organização atual ($F(4,216)=.567$; $p=.687$; $\eta^2p=.011$; $\pi=.187$).

Exigências emocionais

Não houve diferenças estatisticamente significativas na relação entre as exigências emocionais e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=.226$; $p=.924$; $\eta^2p=.004$; $\pi=.098$).

Influência no trabalho

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de trabalho na organização e a influência no trabalho ($F(4,216)=3.351$; $p=.011$; $\eta^2p=.060$; $\pi=.840$). Estas diferenças foram observadas no grupo de trabalhadores que estavam na sua organização no período entre nove a 15 anos ($M=3.76$; $DP=.15$) e um ano ou menos ($M=3.04$; $DP=.16$) ($p=.017$, $IC95\%].089-1.421$) e os dois a três anos ($M=2.89$; $DP=.22$) ($p=.024$, $IC95\%].076-1.676[$). O grupo de trabalhadores onde foi identificado com maior grau de influência no seu próprio trabalho foi o grupo entre nove a 15 anos de trabalho; por outro lado, o grupo com menos influência foi o grupo entre dois a três anos de trabalho na instituição.

Possibilidades de desenvolvimento

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o período de trabalho na organização e as possibilidades de desenvolvimento ($F(4,216)=1.201$; $p=.312$; $\eta^2p=.022$; $\pi=.373$).

Previsibilidade

Houve diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de trabalho na organização e a previsibilidade ($F(4,216)=2.772$; $p=.028$; $\eta^2p=.050$; $\pi=.755$). Estas diferenças foram observadas entre os grupos, um ano ou menos de trabalho na organização ($M=3.96$; $DP=.12$) e 16 ou mais anos de trabalho na organização ($M=3.42$; $DP=.14$) ($p=.031$, IC95%]-1.035--.032[). O grupo que trabalhava há menos tempo na instituição apresentou uma média mais elevada, logo, obtiveram mais, assiduamente, informações sobre mudanças futuras no trabalho e informação necessária à profissão, quando comparados aos outros trabalhadores.

Transparência do papel laboral desempenhado

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a transparência do papel laboral desempenho e o tempo de trabalho na organização ($F\omega(4,96.894)=1.739$; $p=.148$).

Recompensas

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de trabalho na organização e as recompensas recebidas ($F(4,216)=1.950$; $p=.103$; $\eta^2p=.036$; $\pi=.581$).

Apoio social de chefias

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de trabalho na organização atual e o apoio social das chefias ($F(4,216)=.880$; $p=.477$; $\eta^2p=.016$; $\pi=.277$).

Comunidade social no trabalho

Não se averiguaram diferenças estatisticamente significativas entre a comunidade social no trabalho e o tempo de trabalho na organização ($F\omega(4,96.854)=.531$; $p=.713$).

Qualidade da liderança

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de trabalho na organização e a qualidade da liderança ($F(4,216)=1.176$; $p=.322$; $\eta^2p=.022$; $\pi=.366$).

Confiança vertical

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a confiança vertical e o tempo de trabalho na organização ($F\omega(4,98.289)=2.282$; $p=.066$).

Justiça e respeito

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão justiça e respeito e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=1.478$; $p=.210$; $\eta^2p=.027$; $\pi=.454$).

Autoeficácia

Não houve uma associação entre a autoeficácia e o tempo de trabalho na organização atual ($F(4,216)=.831$; $p=.507$; $\eta^2p=.016$; $\pi=.263$).

Significado do trabalho

Não existiu uma relação entre o significado do trabalho e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=.689$; $p=.600$; $\eta^2p=.013$; $\pi=.222$).

Compromisso face ao local de trabalho

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o compromisso face ao local de trabalho e o tempo de trabalho na organização atual ($F(4,216)=1.227$; $p=.300$; $\eta^2p=.023$; $\pi=.381$).

Satisfação laboral

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação laboral e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=1.091$; $p=.362$; $\eta^2p=.020$; $\pi=.341$).

Insegurança laboral

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a insegurança laboral e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=1.809$; $p=.128$; $\eta^2p=.033$; $\pi=.545$).

Saúde geral

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre a saúde geral e o tempo de trabalho na organização atual ($F(4,216)=2.747$; $p=.029$; $\eta^2p=.050$; $\pi=.751$). Estas diferenças foram observadas no grupo até um ano de trabalho na organização ($M=3.40$; $DP=.14$) e 16 ou mais anos de trabalho na organização ($M=2.76$; $DP=.18$) ($p=.024$, IC95%].051-1.442[). A perceção sobre a própria saúde, reportada pelo primeiro grupo (até um ano de trabalho), revelou-se melhor do que a reportada pelo segundo grupo de trabalhadores (16 ou mais anos).

Conflito trabalho-família

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o conflito trabalho-família e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=1.958$; $p=.102$; $\eta^2p=.036$; $\pi=.583$).

Problemas em dormir

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os problemas de sono e o tempo de trabalho na organização atual ($F(4,216)=4.609$; $p=.001$; $\eta^2p=.081$; $\pi=.943$). Estas diferenças foram observadas entre os grupos: (a) até um ano de trabalho na organização ($M=2.34$; $DP=.18$) e entre dois a três anos de trabalho na organização ($M=3.13$; $DP=.18$) ($p=.036$, IC95%]-.1542--.031[); (b) até um ano de trabalho na organização ($M=2.34$; $DP=.18$) e entre nove a 15 anos de trabalho na organização ($M=3.04$; $DP=.21$) ($p=.046$, IC95%]-1.336--.007[); e (c) até um ano de trabalho na organização ($M=2.34$; $DP=.18$) e 16 ou mais anos de

trabalho na organização ($M=3.34$; $DP=.18$) ($p=.001$, $IC95\%[-.1657--.291]$). Concluiu-se que as pessoas que trabalhavam há menos de um ano na organização revelaram ter uma pior qualidade de sono comparativamente aos restantes grupos.

Burnout

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o *burnout* e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=1.987$; $p=.098$; $\eta^2p=.037$; $\pi=.590$).

Stresse

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o stresse e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=1.489$; $p=.207$; $\eta^2p=.028$; $\pi=.457$).

Sintomas depressivos

Houve diferenças estatisticamente significativas entre a incidência de sintomas depressivos e o tempo de trabalho na organização ($F(4,216)=3.086$; $p=.017$; $\eta^2p=.056$; $\pi=.805$). As diferenças foram identificadas entre o grupo até um ano de trabalho na organização ($M=1.89$; $DP=.15$) e o grupo mais de 16 anos na instituição ($M=2.73$; $DP=.19$) ($p=.023$, $IC95\%[-1.354--.064]$). Identificou-se no grupo com mais de 16 anos de serviço, o sentimento de tristeza frequente; pelo contrário, no grupo com menos tempo de serviço, esse sentimento não foi frequente.

Comportamentos ofensivos

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os comportamentos ofensivos e o tempo de trabalho na organização atual ($F(4,216)=.530$; $p=.713$; $\eta^2p=.010$; $\pi=.177$).

4.3.3 Diferenças entre o tipo de horário de trabalho relativamente à incidência de riscos psicossociais

Em algumas situações não foi respeitado o pressuposto de distribuição normal. Contudo, seguindo o Teorema do Limite Central, pode-se afirmar que esta distribuição tendia para a normalidade. Por sua vez, as dimensões autoeficácia, satisfação laboral e comportamentos ofensivos não respeitaram o pressuposto de homogeneidade da variância, pelo que os seus resultados tiveram de ser lidos na linha *equal variances not assumed*.

Exigências quantitativas

Houve diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que trabalham em *part-time* ou em *full-time* relativamente às exigências quantitativas ($t(214)=2.009$; $p=.046$, $I.C.95\%=[.009-1.003]$). As pessoas que trabalham em *full-time* apresentam mais exigências quantitativas ($M=2.37$; $DP=.94$) comparativamente às pessoas que trabalham em *part-time*

($M=1.86$; $DP=.93$). Aquando da questão sobre a acumulação da carga de trabalho por motivos de má distribuição e ocorrência de tarefas inacabadas, o grupo que trabalha a tempo inteiro relatou uma incidência destas situações superior ao grupo em *part-time*. Possivelmente, porque o grupo que desempenha funções de *full-time* tem mais responsabilidades a seu cargo, o que implica passar mais tempo no local de trabalho.

Ritmo de trabalho

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* em termos do ritmo de trabalho ($t(214)=1.636$; $p=.103$, I.C.95%= $]-.110-1.180[$).

Exigências cognitivas

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* quanto às exigências cognitivas ($t(214)=-1.255$; $p=.211$, I.C.95%= $]-.668-.148[$).

Exigências emocionais

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* relativamente às exigências emocionais ($t(214)=-.034$; $p=.973$, I.C.95%= $]-.638-.616[$).

Influência no trabalho

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que concerne à influência no trabalho ($t(214)=1.211$; $p=.227$, I.C.95%= $]-.252-1.056[$).

Possibilidades de desenvolvimento

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que diz respeito às possibilidades de desenvolvimento ($t(214)=-.300$; $p=.765$, I.C.95%= $]-.489-.360[$).

Previsibilidade

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* quanto à previsibilidade do trabalho ($t(214)=-.613$; $p=.540$, I.C.95%= $]-.626-.329[$).

Transparência do papel laboral desempenhado

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* relativamente à transparência do papel laboral desempenhado ($t(214)=.951$; $p=.343$, I.C.95%= $]-.172-.492[$).

Recompensas

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que concerne às recompensas recebidas ($t(214)=1.002$; $p=.317$, I.C.95%= $-.267-.820$).

Apoio social de chefias

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que diz respeito ao suporte social das chefias ($t(214)=-1.183$; $p=.238$, I.C.95%= $-.849-.212$).

Comunidade social no trabalho

Houve diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* relativamente à perceção de comunidade social no trabalho ($t(214)=-2.422$; $p=.016$, I.C.95%= $-1.075--.110$). Os indivíduos que trabalham em *part-time* reportaram uma maior perceção de comunidade social no trabalho ($M=4.53$; $DP=.52$) comparativamente aos que trabalham em *full-time* ($M=3.94$; $DP=.94$). Ou seja, o primeiro grupo (*part-time*) classificou o ambiente de trabalho (entre si e os colegas) melhor do que o segundo grupo de trabalhadores (*full-time*).

Qualidade da liderança

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* quanto à qualidade da liderança ($t(214)=-.882$; $p=.379$, I.C.95%= $-.674-.257$).

Confiança vertical

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* relativamente à confiança vertical ($t(214)=-.255$; $p=.799$, I.C.95%= $-.452-.348$).

Justiça e respeito

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que concerne à perceção de justiça e respeito ($t(214)=-2.011$; $p=.046$, I.C.95%= $-1.010--.010$). Os indivíduos que trabalham em *part-time* exibiram um valor de média mais elevado ($M=4.26$; $DP=.68$) em comparação com os que trabalham em *full-time* ($M=3.75$; $DP=.96$). O grupo de trabalhadores em regime de *full-time* considerou, com maior frequência, que os seus conflitos eram resolvidos de forma menos justa e haver desigualdade na distribuição do trabalho, face aos trabalhadores do outro regime de trabalho.

Autoeficácia

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que diz respeito à autoeficácia ($t(17.408)=-1.255$; $p=.818$, I.C.95%= $-.326-.408$).

Significado do trabalho

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* quanto ao significado do trabalho ($t(214)=.049$; $p=.961$, I.C.95%= $-.290-.305$).

Compromisso face ao local de trabalho

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* relativamente ao compromisso face ao local de trabalho ($t(214)=.338$; $p=.736$, I.C.95%= $-.481-.680$).

Satisfação laboral

Não foram exibidas diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que diz respeito à satisfação laboral ($t(19.395)=-.101$; $p=.920$, I.C.95%= $-.344-.312$).

Insegurança laboral

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* quanto à perceção de insegurança laboral ($t(214)=-.400$; $p=.690$, I.C.95%= $-.961-.637$).

Saúde geral

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* relativamente à saúde geral ($t(213)=-1.483$; $p=.140$, I.C.95%= $-.908-.128$).

Conflito trabalho-família

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que concerne ao conflito trabalho-família ($t(214)=-.803$; $p=.423$, I.C.95%= $-.890-.375$).

Problemas em dormir

Não se observaram diferenças estatisticamente entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que diz respeito aos problemas de sono ($t(212)=.929$, $p=.354$, I.C.95%= $-.346-.966$).

Burnout

Não foram exibidas diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* relativamente à incidência de *burnout* ($t(209)=-.954$; $p=.341$, I.C.95%= $-.308$ -. 887).

Stresse

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* quanto à incidência de stresse ($t(211)=-.281$; $p=.779$, I.C.95%= $-.500$ -. 667).

Sintomas depressivos

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* no que concerne aos sintomas depressivos ($t(212)=-.316$; $p=.752$, I.C.95%= $-.713$ -. 516).

Comportamentos ofensivos

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre quem trabalha em *part-time* comparativamente a quem trabalha em *full-time* relativamente aos comportamentos ofensivos ($t(13.313)=-.946$; $p=.361$, I.C.95%= $-.913$ -. 356).

4.3.4 Diferenças entre o número de horas trabalhadas semanalmente relativamente à incidência de riscos psicossociais

Esta variável encontrava-se em escala. Contudo, para realizar testes de comparação de médias, foi necessário criar intervalos. Assim, foi utilizada a ferramenta *Visual Binning* do SPSS. Assim, foram criadas três variáveis: (a) até 35 horas de trabalho semanal; (b) entre 36 a 37 horas de trabalho semanal; (c) 38 horas de trabalho semanal; (d) entre 39 a 40 horas de trabalho semanal; e (e) mais de 41 horas de trabalho semanal.

Houve situações em que os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk obtiveram *p-values* inferiores a .05. No entanto, utilizando o Teorema do Limite Central, pode-se concluir pela normalidade da distribuição. Relativamente à homogeneidade da variância, houve variáveis que não respeitaram este pressuposto: (a) exigências quantitativas; (b) exigências emocionais; (c) possibilidades de desenvolvimento; (d) transparência do papel laboral desempenhado; (e) recompensas; (f) suporte social das chefias; (g) comunidade social no trabalho; (h) qualidade da liderança; (i) autoeficácia; e (f) *burnout*.

Exigências quantitativas

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e as exigências quantitativas ($F_{\omega}(4,7.842)=1.876$; $p=.116$).

Ritmo de trabalho

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e o ritmo de trabalho ($F(4,216)=1.601$; $p=.175$; $\eta^2p=.029$; $\pi=.489$).

Exigências cognitivas

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e o ritmo de trabalho ($F(4,216)=2.984$; $p=.020$; $\eta^2p=.054$; $\pi=.790$). Estas diferenças foram observadas entre os grupos até 35 horas de trabalho semanal ($M=3.98$; $DP=.09$) e entre 39 a 40 horas de trabalho semanal ($M=3.53$; $DP=.11$) ($p=.012$, IC95% [.062-.749]). O primeiro grupo (até 35 horas de trabalho) considerou o nível de exigência cognitiva empregue nas suas tarefas mais elevado que o segundo grupo (entre 39 a 40 horas). O facto de trabalhar menos horas, mas ter a mesma carga de trabalho, pode levar a um maior desgaste cognitivo oriundo da necessidade de efetuar um grande número de tarefas num reduzido período.

Exigências emocionais

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e as exigências emocionais ($F(4,7.850)=2.868$; $p=.097$).

Influência no trabalho

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e o ritmo de trabalho ($F(4,216)=1.603$; $p=.175$; $\eta^2p=.029$; $\pi=.489$).

Possibilidades de desenvolvimento

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e as possibilidades de desenvolvimento dos trabalhadores ($F(4,7.602)=.415$; $p=.793$).

Previsibilidade

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a previsibilidade das tarefas desempenhadas ($F(4,216)=.603$; $p=.661$; $\eta^2p=.011$; $\pi=.197$).

Transparência do papel laboral desempenhado

Houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a transparência do papel laboral desempenhado ($F(4,7.681)=4.102$; $p=.045$). Estas diferenças foram observadas entre o grupo de indivíduos que trabalham até 35 horas semanais ($M=4.56$; $DP=.07$) e o grupo de indivíduos que trabalha 38 horas semanais ($M=4.88$; $DP=.07$) ($p=.004$, IC95% [-.580--0.080]). Estes últimos indivíduos (com 38 horas semanais de

trabalho) consideraram haver uma melhor definição de papéis/funções dentro da instituição (responsabilidades) face ao registado no primeiro grupo (até 35 horas por semana).

Recompensas

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e as recompensas recebidas pelos colaboradores ($F_{(4,7.799)}=1.231$; $p=.372$).

Apoio social de chefias

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a perceção de suporte recebido por parte das chefias ($F_{(4,7.812)}=.723$; $p=.601$).

Comunidade social no trabalho

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a comunidade social no trabalho ($F_{(4,7.771)}=1.706$; $p=.243$).

Qualidade da liderança

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a qualidade da liderança ($F_{(4,8.356)}=.782$; $p=.566$).

Confiança vertical

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a confiança vertical ($F_{(4,216)}=.941$; $p=.441$; $\eta^2p=.018$; $\pi=.296$).

Justiça e respeito

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a justiça e o respeito percebidos ($F_{(4,216)}=.873$; $p=.481$; $\eta^2p=.016$; $\pi=.275$).

Autoeficácia

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a autoeficácia ($F_{(4,7.707)}=2.388$; $p=.140$).

Significado do trabalho

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e o significado do trabalho ($F_{(4,216)}=.634$; $p=.639$; $\eta^2p=.012$; $\pi=.206$).

Compromisso face ao local de trabalho

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e o compromisso face ao local de trabalho ($F_{(4,216)}=2.868$; $p=.024$; $\eta^2p=.052$; $\pi=.771$). Estas diferenças foram observadas entre os grupos compostos por indivíduos que

trabalham 38 horas semanalmente ($M=4.88$; $DP=.07$) e os que trabalham 41 ou mais horas semanalmente ($M=3.50$; $DP=.50$) ($p=.021$, IC95%].140-2.630[). O nível de compromisso face ao local de trabalho, o qual foi avaliado através da presença de sentimento de preocupação pelos problemas relativos ao local de trabalho, foi mais forte no grupo de trabalhadores de 38 horas semanais que no grupo de 41 ou mais horas.

Satisfação laboral

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a satisfação laboral ($F(4,216)=.641$; $p=.633$; $\eta^2p=.012$; $\pi=.208$).

Insegurança laboral

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a insegurança no trabalho ($F(4,216)=1.008$; $p=.404$; $\eta^2p=.019$; $\pi=.316$).

Saúde geral

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a saúde geral ($F(4,216)=.902$; $p=.464$; $\eta^2p=.017$; $\pi=.284$).

Conflito trabalho-família

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e o conflito trabalho-família ($F(4,216)=3.113$; $p=.016$; $\eta^2p=.056$; $\pi=.809$). Estas diferenças foram observadas entre os grupos de indivíduos que trabalham até 35 horas semanalmente ($M=2.91$; $DP=.14$) e os que trabalham entre 39 a 40 horas semanalmente ($M=2.30$; $DP=.15$) ($p=.016$, IC95%].075-1.135[). O grupo até 35 horas de trabalho semanal referiu ver a sua vida privada negativamente afetada pela elevada quantidade de tempo e energia atribuídos ao trabalho; por outro lado, o outro grupo de trabalhadores (entre 39 a 40 horas) não referiu prejuízo neste campo.

Problemas em dormir

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e os problemas de sono ($F(4,216)=1.558$; $p=.187$; $\eta^2p=.029$; $\pi=.477$).

Burnout

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a incidência de *burnout* ($F(4,7.482)=.636$; $p=.651$).

Stresse

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e a incidência de stresse ($F(4,216)=1.942$; $p=.105$; $\eta^2p=.036$; $\pi=.579$).

Sintomas depressivos

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e os sintomas depressivos dos trabalhadores ($F(4,216)=2.301$; $p=.060$; $\eta^2p=.042$; $\pi=.663$).

Comportamentos ofensivos

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas trabalhadas semanalmente e os comportamentos ofensivos ($F(4,216)=2.956$; $p=.021$; $\eta^2p=.055$; $\pi=.785$). Estas diferenças foram observadas entre o grupo de pessoas que trabalha entre 36 a 37 horas semanais ($M=2.43$; $DP=.17$) e o grupo de pessoas que trabalha 38 horas semanais ($M=1.92$; $DP=.24$) ($p=.032$, IC95% [.020-.730]). O grupo de trabalhadores entre 36 a 37 horas semanais mostrou uma incidência de comportamentos ofensivos (por exemplo, ser alvo de insultos, provocações verbais, assédio sexual, ameaças de violência e/ou a violência física) superior ao grupo de trabalhadores com 38 horas semanais de trabalho.

4.3.5 Diferenças entre a existência de Serviços de SST/SO relativamente à incidência de riscos psicossociais

Ao avaliar-se o pressuposto da normalidade da distribuição observou-se que em algumas situações o teste Kolmogorov-Smirnov e o teste Shapiro-Wilk alcançaram valores de significância inferiores a .05. Porém, o Teorema do Limite Central permite afirmar que a amostra recolhida tende para a normalidade. Quanto à homogeneidade da variância, as variáveis exigências quantitativas, exigências emocionais, possibilidades de desenvolvimento, compromisso face ao local de trabalho, stresse e sintomas depressivos, não respeitaram este pressuposto. Logo, estas variáveis foram analisadas a partir da linha *equal variances not assumed*.

Exigências quantitativas

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a perceção de exigências quantitativas ($t(20.547)=-1.696$; $p=.105$, I.C.95% = [-.747-.076]).

Ritmo de trabalho

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e o ritmo de trabalho ($t(214)=-1.389$; $p=.166$, I.C.95%= $]-1.040-.180[$).

Exigências cognitivas

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a percepção de exigências cognitivas ($t(214)=-.385$; $p=.701$, I.C.95%= $]-.462-.311[$).

Exigências emocionais

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a existência de exigências emocionais associadas ao trabalho ($t(21.468)=-1.506$; $p=.147$, I.C.95%= $]-.826-.131[$).

Influência no trabalho

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a influência no processo de trabalho ($t(214)=1.447$; $p=.149$, I.C.95%= $]-.164-1.069[$).

Possibilidades de desenvolvimento

Houve diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e as possibilidades de desenvolvimento dos trabalhadores ($t(24.036)=2.514$; $p=.019$, I.C.95%= $].060-.617[$). Nas instituições com Serviços de SST/SO as possibilidades de desenvolvimento eram maiores ($M=4.13$; $DP=.82$) comparativamente às organizações que não possuíam estes Serviços ($M=3.79$; $DP=.50$). As oportunidades para aprender coisas novas e também usufruir de poder de iniciativa, foram registados com maior frequência aquando da existência de Serviços de SST/SO do que na ausência destes.

Previsibilidade

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a previsibilidade no trabalho ($t(214)=2.385$; $p=.018$, I.C.95%= $].093-.985[$). Nas organizações com Serviços de SST/SO a previsibilidade do trabalho era maior ($M=3.80$; $DP=.89$) comparativamente às organizações que não possuíam estes Serviços ($M=3.26$; $DP=.89$). Aquando da existência de Serviços de SST/SO, os indivíduos relataram usufruir de uma melhor relação social (por exemplo, eram informados acerca de mudanças e detinham informação fundamental às suas funções) com maior frequência face ao verificado na ausência dos referidos Serviços.

Transparência do papel laboral desempenhado

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a transparência do papel laboral desempenhado ($t(214)=2.216$; $p=.028$, I.C.95%=[.039-.660]). Nas instituições com Serviços de SST/SO a transparência do papel laboral era maior ($M=4.64$; $DP=.62$) comparativamente às que não possuíam estes Serviços ($M=4.29$; $DP=.69$). As responsabilidades encontravam-se mais bem definidas na presença de Serviços de SST/SO do que nas situações em que os Serviços de SST/SO não existiam.

Recompensas

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e as recompensas recebidas ($t(214)=3.040$; $p=.003$, I.C.95%=[.273-1.281]). Nas organizações com Serviços de SST/SO as recompensas recebidas eram maiores ($M=3.71$; $DP=1$) comparativamente às organizações que não tinham estes Serviços ($M=2.94$; $DP=1.14$). Valores como reconhecimento, sentimento de gratificação e trato justo provenientes da gestão foram mais comuns em situações onde existiam Serviços de SST/SO disponíveis na instituição.

Apoio social de chefias

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e o suporte social recebido das chefias ($t(214)=.911$; $p=.363$, I.C.95%=[-.270-.733]).

Comunidade social no trabalho

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a comunidade social no trabalho ($t(214)=1.007$; $p=.315$, I.C.95%=[-.225-.695]).

Qualidade da liderança

Existiram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a qualidade da liderança ($t(214)=3.116$; $p=.002$, I.C.95%=[.250-1.112]). Nas organizações com serviços de SST/SO a percepção de qualidade de liderança foi maior ($M=4.09$; $DP=.87$) comparativamente às organizações sem Serviços de SST/SO ($M=3.41$; $DP=.79$). Relativamente à chefia direta, o resultado foi mais favorável perante a existência dos Serviços de SST/SO na instituição do que na ausência destes.

Confiança vertical

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a confiança vertical ($t(214)=.995$, $p=.321$, I.C.95%=[-.186-.567]).

Justiça e respeito

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO na organização e a justiça e o respeito percebidos ($t(214)=2.396$; $p=.017$, I.C.95%=[.101-1.042]). Nas instituições com Serviços de SST/SO a justiça e o respeito percebidos eram mais elevados ($M=3.83$; $DP=.93$) comparativamente às instituições sem este tipo de Serviços ($M=3.26$; $DP=1.13$). Na presença de Serviços de SST/SO, os trabalhadores admitiram que os conflitos eram resolvidos de forma justa e o trabalho igualmente distribuído pelos funcionários, contrariamente ao percebido pelos trabalhadores sem acesso aos Serviços de SST/SO.

Autoeficácia

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e a autoeficácia dos trabalhadores ($t(214)=-.936$; $p=.350$, I.C.95%=[-.205-.577]).

Significado do trabalho

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e o significado do trabalho ($t(214)=-.022$; $p=.983$, I.C.95%=[-.284-.278]).

Compromisso face ao local de trabalho

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e o compromisso face ao local de trabalho ($t(22.623)=-.030$; $p=.977$, I.C.95%=[-.418-.406]).

Satisfação laboral

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e a satisfação laboral dos trabalhadores ($t(214)=1.238$; $p=.217$, I.C.95%=[-.156-.686]).

Insegurança laboral

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e a percepção de insegurança laboral ($t(214)=-.774$; $p=.440$, I.C.95%=[-.457-1.049]).

Saúde geral

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e a saúde geral percebida ($t(214)=-1.380$; $p=.169$, I.C.95%=[-.832-.146]).

Conflito trabalho-família

Foram exibidas diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e o conflito trabalho-família ($t(214)=-2.013$; $p=.045$, I.C.95%=[-1.197--

.012[]). Nas instituições com Serviços de SST/SO a incidência de conflito trabalho-família era menor ($M=2.51$; $DP=1.18$) comparativamente às instituições sem este tipo de serviço ($M=3.11$; $DP=1.26$). Na ausência de Serviços de SST/SO a interferência negativa do trabalho na vida pessoal (por exemplo, devido ao dispêndio de energia e tempo atribuídos) foi superior ao registado em situações com os referidos Serviços. Esta situação poderá dever-se ao facto de que, na ausência de Serviços SST/SO, os trabalhadores não são bem acompanhados, a sensibilização para os riscos profissionais é menor (por exemplo, acolhimento ao trabalhador, ações de formação), entre outros aspetos.

Problemas em dormir

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e os problemas de sono ($t(212)=-1.202$; $p=.231$, I.C.95%= $]-.996-.241[$).

Burnout

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e a incidência de *burnout* ($t(209)=-1.207$; $p=.229$, I.C.95%= $]-.908-.218[$).

Stresse

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e a incidência de stresse ($t(23.426)=-.391$; $p=.699$, I.C.95%= $]-.475-.323[$).

Sintomas depressivos

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e a incidência de sintomas depressivos ($t(22.674)=-1.443$; $p=.163$, I.C.95%= $]-.739-.132[$).

Comportamentos ofensivos

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de Serviços de SST/SO e a ocorrência de comportamentos ofensivos ($t(206)=.232$; $p=.817$, I.C.95%= $]-.227-.288[$).

4.3.6 Diferenças entre a formação em SST/SO relativamente à incidência de riscos psicossociais

Os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk apresentaram, em algumas ocasiões, *p-values* inferiores a .05. Não obstante, seguindo o Teorema do Limite Central, pode-se concluir pela normalidade da distribuição. A maioria das variáveis respeitou o pressuposto de homogeneidade da variância, à exceção das exigências quantitativas, comunidade social no

trabalho, confiança vertical e insegurança no trabalho, pelo que estas variáveis foram analisadas a partir da ANOVA de Welch.

Exigências quantitativas

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e as exigências quantitativas ($F(4,41.477)=.333$; $p=.854$).

Ritmo de trabalho

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e o ritmo de trabalho ($F(4,216)=.988$; $p=.415$; $\eta^2p=.018$; $\pi=.310$).

Exigências cognitivas

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a existência de exigências cognitivas ($F(4,216)=1.161$; $p=.329$; $\eta^2p=.022$; $\pi=.361$).

Exigências emocionais

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e as exigências emocionais associadas ao trabalho ($F(4,216)=1.132$; $p=.343$; $\eta^2p=.021$; $\pi=.353$).

Influência no trabalho

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a influência no trabalho ($F(4,216)=.992$; $p=.413$; $\eta^2p=.018$; $\pi=.311$).

Possibilidades de desenvolvimento

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e as possibilidades de desenvolvimento ($F(4,216)=.849$; $p=.496$; $\eta^2p=.016$; $\pi=.268$).

Previsibilidade

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a previsibilidade ($F(4,216)=1.015$; $p=.400$; $\eta^2p=.019$; $\pi=.318$).

Transparência do papel laboral desempenhado

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a transparência do papel laboral desempenhado ($F(4,216)=.950$; $p=.436$; $\eta^2p=.018$; $\pi=.298$).

Recompensas

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e as recompensas recebidas ($F(4,216)=1.628$; $p=.168$; $\eta^2p=.030$; $\pi=.496$).

Apoio social de chefias

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e o suporte social recebido pelas chefias ($F(4,216)=.582$; $p=.676$; $\eta^2p=.011$; $\pi=.191$).

Comunidade social no trabalho

Não se vislumbraram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a comunidade social no trabalho ($F(4,41.046)=2.156$; $p=.091$).

Qualidade da liderança

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a qualidade da liderança ($F(4,216)=.491$; $p=.742$; $\eta^2p=.009$; $\pi=.166$).

Confiança vertical

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a confiança vertical ($F(4,40.499)=.396$; $p=.810$).

Justiça e respeito

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a justiça e o respeito percebidos ($F(4,216)=1.146$; $p=.336$; $\eta^2p=.021$; $\pi=.357$).

Autoeficácia

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a autoeficácia ($F(4,216)=.580$; $p=.678$; $\eta^2p=.011$; $\pi=.190$).

Significado do trabalho

Não foram exibidas diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e o significado do trabalho ($F(4,216)=.810$; $p=.520$; $\eta^2p=.015$; $\pi=.257$).

Compromisso face ao local de trabalho

Não foram averiguadas diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e o compromisso face ao local de trabalho ($F(4,216)=.395$; $p=.812$; $\eta^2p=.007$; $\pi=.140$).

Satisfação laboral

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a satisfação no trabalho ($F(4,216)=.585$; $p=.674$; $\eta^2p=.011$; $\pi=.192$).

Insegurança laboral

Não se averiguaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a insegurança laboral ($F(4,41.465)=1.247$; $p=.306$).

Saúde geral

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a saúde geral ($F(4,216)=5.014$; $p=.001$; $\eta^2p=.087$; $\pi=.961$). As diferenças foram registadas entre o grupo com menos de quatro horas de formação em SST/SO ($M=2.69$; $DP=.10$) e o grupo sem formação em SST/SO ($M=3.32$; $DP=.13$) ($p=.000$, IC95%].-1.073--235]). O estado de saúde geral percecionado pelos trabalhadores sem formação em SST/SO foi melhor do que o estado de saúde percecionado pelos trabalhadores com formação em SST/SO. Um trabalhador sem formação neste campo está menos consciente sobre a forma como os problemas laborais podem afetar a sua saúde, dessa forma a perceção do estado de saúde pode ser melhor.

Conflito trabalho-família

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e o conflito trabalho-família ($F(4,216)=.088$; $p=.986$; $\eta^2p=.002$; $\pi=.068$).

Problemas em dormir

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e os problemas de sono ($F(4,216)=.629$; $p=.643$; $\eta^2p=.012$; $\pi=.204$).

Burnout

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a incidência de *burnout* ($F(4,216)=.775$; $p=.543$; $\eta^2p=.015$; $\pi=.246$).

Stresse

Houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a incidência de stresse ($F(4,216)=2.567$; $p=.039$; $\eta^2p=.047$; $\pi=.718$). Apesar deste resultado, e após a realização do teste *post-hoc*, registou-se que não houve diferenças entre os grupos definidos. Ainda assim, há que enfatizar a existência de uma diferença marginalmente significativa ($p=.054$, IC95%].-.004-.961]) entre o grupo com menos de quatro horas de formação em SST/SO ($M=2.82$; $DP=.13$) e o grupo sem formação em SST/SO ($M=2.36$; $DP=.13$). Embora pouco destacado, foi detetado um menor nível de stresse (por exemplo, sintomas de irritação e ansiedade) no grupo de trabalhadores sem formação em SST/SO comparativamente ao outro grupo. Esta situação pode dever-se ao facto que um indivíduo com conhecimentos em SST/SO está mais atento a alterações/consequências na saúde, comparativamente a quem não está sensibilizado neste âmbito.

Sintomas depressivos

Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e a existência de sintomas depressivos $F(4,216)=1.800$; $p=.130$; $\eta^2_p=.033$; $\pi=.543$).

Comportamentos ofensivos

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação em SST/SO e os comportamentos ofensivos $F(4,216)=.827$; $p=.510$; $\eta^2_p=.016$; $\pi=.262$).

5. DISCUSSÃO

O bem-estar mental dos trabalhadores é fundamental, uma vez que é de onde parte o equilíbrio que permite a obtenção de sucesso, não só do próprio trabalhador como também da instituição. Atendendo à premissa anterior, este estudo procurou avaliar a incidência de riscos psicossociais numa amostra de trabalhadores de IPSS da região do Algarve. Para o efeito, pretendeu-se analisar se a perceção dos riscos varia em função das características sociodemográficas e socioprofissionais dos referidos trabalhadores, definindo uma série de objetivos específicos para o efeito. Como instrumento de medição de indicadores de exposição de riscos psicossociais e indicadores do seu efeito, foi utilizado o questionário COPSOQ-II (versão curta).

Uma IPSS assume um carácter multiprofissional e, por esse motivo, a análise dos riscos psicossociais torna-se pertinente, uma vez que envolve múltiplas atividades de trabalho como cuidados de saúde, administração, educação, entre outras, as quais foram outrora referenciadas na literatura como setores sensíveis aos riscos psicossociais e seus efeitos (Costa & Neto, 2020; EU-OSHA, 2021b; Rodrigues, 2018; Silva et al., 2006). Pretendeu-se assim, contribuir positivamente para o bem-estar dos trabalhadores, para o sucesso da instituição e, por fim, mas não menos importante, para o bem-estar dos utentes.

Em termos práticos, as observações associadas à dimensão “Exigências laborais” mereceram maior destaque. Questões relativas às “exigências emocionais” foram levantadas, uma vez que os indivíduos com desempenho de funções de chefia referiram sentir, com frequência, um elevado nível de exigência emocional. Foram igualmente detetadas questões ao nível das “exigências cognitivas” (quando elevados níveis de atenção constante são necessários, assim como tomar decisões difíceis, no dia-a-dia). Esta última observação deu-se nos seguintes grupos: indivíduos com funções de chefia, trabalhadores licenciados, e no grupo de trabalhadores que realizava 35 horas de trabalho semanal. Dentro da mesma dimensão, foi registado risco médio para a saúde em função do “ritmo de trabalho” (necessidade de trabalhar muito rapidamente) seguido das “exigências quantitativas” (acumulação de trabalho devido a mal distribuição do mesmo e falta de tempo para terminar as tarefas). O primeiro risco foi registado nos grupos: estado civil divorciado(a), realização de funções de chefia, entre quatro a oito anos de serviço, e 35 horas semanais de trabalho; já o segundo risco foi detetado também em trabalhadores com funções de chefia, trabalhadores entre quatro a oito anos de serviço, e em trabalhadores em modalidade de trabalho *full-time*.

Em segundo plano, foi identificado risco médio nas subescalas “insegurança laboral” (preocupação elevada em relação à possibilidade de ficar desempregado) pertencente à

dimensão “Interface trabalho-indivíduo” nos trabalhadores com estado civil divorciado(a) ou separado(a); e na subescala “*burnout*” (declaração de exaustão física e emocional) pertencente à dimensão “Saúde e bem-estar”, havendo sido detetado um índice mais elevado nas pessoas que possuem funções de chefia e nas mulheres.

Relativamente aos restantes fatores de risco psicossociais que apresentaram risco médio para a saúde, foi possível identificar o seguinte: (a) problemas em dormir (acordar durante a noite e não conseguir voltar a dormir) mais incidente nas mulheres e em pessoas com funções de chefia; (b) stresse (sentimento de irritação e ansiedade) mais evidente em indivíduos com funções de chefia e no grupo com formação em SST/SO; (c) conflito trabalho-família (existência de interferências negativas do trabalho na vida privada por motivos de energia e tempo dedicados ao primeiro) ligeiramente aumentado nos que desempenhavam funções de chefia, em indivíduos que realizavam até 35 horas de trabalho por semana, e na ausência do acesso a Serviços de SST/SO.

Os resultados mais favoráveis verificaram-se em: (a) *bullying* (agressão física e/ou verbal); (b) significado do trabalho (importância atribuída ao trabalho); (c) transparência do papel laboral desempenhado (responsabilidades bem definidas); (d) confiança vertical (sentimento de confiança); (e) satisfação laboral (satisfação geral com o trabalho); (f) autoeficácia (capacidade para resolver os problemas); (g) possibilidades de desenvolvimento (oportunidade para novas aprendizagens e poder de iniciativa); (h) apoio social de chefias (sentimento de apoio) a par com a (i) qualidade da liderança (comportamento relativo à chefia direta); (j) comunidade social no trabalho (ambiente de trabalho entre colegas); (k) justiça e respeito (resolução de conflitos e distribuição de trabalho); (l) previsibilidade (obtenção de informação); (m) compromisso face ao local de trabalho (dedicação ao trabalho); e, (n) sintomas depressivos (sentimento de tristeza frequente). Destacaram-se, portanto, as dimensões “Relações sociais e liderança” e “Organização do trabalho e conteúdo” como as mais favorecidas no local do estudo, o que demonstrou a existência de relações de qualidade entre subordinados e os superiores imediatos, bem como elevados níveis de envolvimento e dedicação para com o trabalho, em geral.

Em termos teóricos, os achados deste estudo estão em sintonia com algumas conclusões existentes na literatura que mostram que os fatores de risco psicossociais que mais colocam os trabalhadores numa situação de risco para a saúde são as “exigências emocionais” e as “exigências cognitivas” (Ansoleaga et al., 2016; Costa & Neto, 2020; Rodrigues, 2018; Silva et al., 2006). Os trabalhadores identificados como os mais afetados pelos referidos riscos foram os que desempenhavam funções de chefia. Este grupo constitui também a classe mais afetada

por maior variedade de riscos psicossociais, seguida da classe de trabalhadores que cumprem 35 horas de trabalho semanal e, por último, o grupo que exerce funções nas instituições entre quatro e os oito anos, a par com as mulheres. Verificou-se também que a percepção dos riscos psicossociais varia em função das habilitações literárias, exercício de funções de chefia e número de horas trabalhadas semanalmente, uma vez que foram observados níveis de incidência de risco mais elevados aquando destas características, sendo assim possível confirmar alguns dos objetivos específicos estabelecidos.

Este estudo apresentou uma amostra de 216 trabalhadores de IPSS, pelo que se alcançou a amostra inicialmente definida (205 trabalhadores). Contudo, é uma investigação que apresenta algumas limitações, nomeadamente: (a) reduzida consistência interna de algumas das dimensões do COPSOQ-II, o que deve ser investigado em estudos posteriores; e (b) o baixo número de indivíduos em alguns grupos, o que impediu a realização de comparações fidedignas. Para estudos futuros, recomenda-se a utilização de uma amostra mais robusta, de modo a permitir uma comparação mais consistente. Outra sugestão poderá ser a utilização de uma versão mais alargada do COPSOQ-II, de modo a verificar se as limitações ao nível da consistência interna se mantêm ou se desaparecem.

O presente estudo revela-se um contributo significativo para o conhecimento dos riscos psicossociais que afetam os profissionais das IPSS, facultando às instituições matéria-prima que permite estabelecer uma metodologia corretiva e instituir as medidas apropriadas à prevenção dos restantes riscos identificados.

6. CONCLUSÃO

Um ambiente psicossocial positivo promove o bem-estar mental e físico dos trabalhadores bem como o bom desenvolvimento e desempenho profissional (EU-OSHA, 2021b). Desta forma, o impacto que estas alterações terão na saúde deverá assumir-se como o alvo central das ações das empresas, sobretudo no âmbito da prevenção (incluindo a gestão de topo, gestores intermédios e chefias diretas) uma vez que existem fortes implicações socioeconómicas de carácter bidirecional. A identificação dos fatores de risco psicossociais, enquanto primeiro passo na gestão de riscos, revela-se uma estratégia eficaz de sinalização das áreas afetadas, assim como para identificação de potenciais áreas em perigo, ambas a corrigir/melhorar na organização.

Relacionar algumas características sociodemográficas com vários fatores de risco psicossociais poderá ser importante para a melhoria de processos e práticas organizacionais. Esta investigação sinalizou a classe de trabalhadores que desempenhava funções de chefia onde o risco foi mais incidente. Para além disso, as exigências laborais foram elevadas. Em relação à saúde geral, os homens apresentaram menos problemas, em comparação com as mulheres, e estas, por sua vez, apresentaram mais problemas em dormir e maior incidência de *burnout*. Medidas breves deverão ser tomadas no sentido de evitar as consequências provenientes dos achados.

Ademais, a presente investigação visou contribuir para a dinamização do conhecimento da temática, sobretudo no âmbito das distintas categorias profissionais, num contexto de trabalho que se encontra pouco desenvolvido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C. A. B. (2018). *Stress e Riscos Psicossociais em Cuidadores Formais de Idosos Dependentes na Vila de Fátima*.
- Ansoleaga, E., Díaz, X., & Mauro, A. (2016). *Asociaciones entre distrés, riesgos psicossociales y calidad del empleo en trabajadores/as asalariados/as en Chile: una perspectiva de género*. *Cadernos de Saude Publica*, 32(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176814>
- Araújo, T., Graça, C., & Araújo, E. (2003). *Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle*. Universidade Estadual de Feira de Santana, 1–13.
- Assembleia da República Portuguesa. (1976). *Decreto de 10 de abril de 1976 da Constituição da República Portuguesa - Artigo 59.º (Direitos dos trabalhadores)*. Diário Da República. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art59>
- Azma, A. N., Nordin, R., Fatt, Q. K., Noah, R. M., & Oxley, J. (2014). *Relationship between psychosocial risk factors and work-related musculoskeletal disorders among public hospital nurses in Malaysia*. <http://www.aojemj.com/content/26/1/23>
- Bhatia, V., & Tandon, R. K. (2005). *Stress and the gastrointestinal tract*. *Journal Gastroenterology and Hepatology*.
- Bigos, S. J., Battie, M. C., Spengler, D. M., Fisher, L. D., Fordyce, W. E., & Hansson, T. H. (1991). *A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury*. *Spine*, 16, 1–6.
- Bonde, J. P. E. (2008). *Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence*. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438–445. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.038430>
- Bosma, H., van Boxtel, M., Ponds, R., Houx, P., Burdorf, A., & Jolles, J. (2003). *Mental work demands protect against cognitive impairment: MAAS prospective cohort study*. *Experimental Aging Research*, 29(1), 33–45. <https://doi.org/10.1080/0361073030303710>
- Bremner, J., Campanella, C., Khan, Z., Shah, M., Hammadah, M., Wilmot, K., al Mheid, I., Lima, B., Garcia, E., Nye, J., Ward, L., Kutner, M., Raggi, P., Pearce, B., Shah, A., Quyyumi, A., & Vaccarino, V. (2018). *Brain Correlates of Mental Stress-Induced Myocardial Ischemia*. *Psychosomatic Medicine*, 80(6), 515–525. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000597>
- Brun, E., & Milczarek, M. (2007). *European risk observatory report: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Office for Official Publications of the European Communities.
- CEE. (1989). *Directiva-Quadro 89/391/CEE relativa à Saúde e Segurança no Trabalho SST*. Comunidade Económica Europeia (CEE). <https://osha.europa.eu/pt/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction>
- Cheng, P., & Drake, C. (2019). *Shift Work Disorder*. *Neurologic Clinics*, 37(3), 563–577. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.03.003>
- Comissão Europeia. (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar*.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*.
- Comissão Europeia. (2016). *Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia - EU Joint action on mental health and well-being*.
- Conselho Nacional da Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder. Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*.
- Cooper, C. (2009). *International Handbook of Work and Health Psychology - third edition* (J. C. Quick & M. J. Schabracq, Eds.; John Wiley & Sons).

- Costa, G. (1996). *The impact of shift and night work on health*. *Applied Ergonomics*, 27(1), 9–16.
- Costa, & Neto. (2020). *Avaliação de riscos psicossociais do trabalho numa instituição particular de solidariedade social*. *CESQUA - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 3, 178–199.
- Devereux, J., Buckle, P., & Vlachonikolis, I. (1999). *Interactions between physical and psychosocial risk factors at work increase the risk of back disorders: An epidemiological approach*. *Occup Environ Med*.
- DGS. (2013). *Informação Técnica n.º 5/2013: Intervenção dos Serviços de Saúde do Trabalho no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas em meio laboral*.
- DGS. (2021). *Guia Técnico n.º 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho*. Direção-Geral Da Saúde (DGS). www.dgs.pt
- Doef, M. ;, & Maes, S. (1999). *The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research*. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 13(2), 87–114. <https://doi.org/10.1080/026783799296084>
- EU-OSHA. (1999). *Economic impact of occupational safety and health in the member states of the european union*.
- EU-OSHA. (2002). *Violence at work. Factsheet - 24*. http://europa.eu.int/comm/employment_social/h&s/publicat/
- EU-OSHA. (2012). *Mental health promotion in the workplace - A good practice report* (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Ed.). <https://doi.org/10.2802/78228>
- EU-OSHA. (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*. <https://doi.org/10.2802/20493>
- EU-OSHA. (2018). *Management of psychosocial risks in European workplaces-evidence from the second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)*. <https://doi.org/10.2802/5030>
- EU-OSHA. (2019a). *Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes (ESENER) | Safety and health at work*. OSHA - Agência Europeia de Segurança e Saúde No Trabalho. <https://osha.europa.eu/pt/facts-and-figures/esener>
- EU-OSHA. (2019b). *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 2019): Overview Report*. In European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). <https://doi.org/10.2802/413156>
- EU-OSHA. (2021a). *Riscos emergentes | Safety and health at work*. EU-OSHA - Agência Europeia de Segurança e Saúde No Trabalho. <https://osha.europa.eu/pt/emerging-risks>
- EU-OSHA. (2021b). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho | Safety and health at work*. OSHA - Agência Europeia de Segurança e Saúde No Trabalho. <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Eurofound. (2007). *Work-related stress*. www.eurofound.europa.eu
- Eurofound. (2017). *6th European Working Conditions Survey – Overview report*. In Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/422172>
- Eurofound, & EU-OSHA. (2012). *Psychosocial risks in Europe - Prevalence and strategies for prevention. A joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work*. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). <https://doi.org/10.2806/70971>
- European Communitities. (2005). *GREEN PAPER: Improving the mental health of the population - Towards a strategy on mental health for the European Union*. http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/index_en.htm

- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (5th ed.)*. SAGE Publications Ltd.
- Fishta, A., & Backé, E. M. (2015). *Psychosocial stress at work and cardiovascular diseases: an overview of systematic reviews*. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(8), 997–1014. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1019-0>
- Fratiglioni, L., Winblad, B., & von Strauss, E. (2007). *Prevention of Alzheimer's disease and dementia*. Major findings from the Kungsholmen Project. *Physiology and Behavior*, 92(1–2), 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.05.059>
- Gardell, B. (1977). *Autonomy and Participation at Work*. *Human Relations*, 6, 515–533.
- Hamouche, S. (2020). *COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions*. Emerald Open Research.
- Hansen, Å. M., Larsen, A. D., Rugulies, R., Garde, A. H., & Knudsen, L. E. (2009). *A review of the effect of the psychosocial working environment on physiological changes in blood and urine*. *Nordic Pharmacological Society*, 105(2), 73–83. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7843.2009.00444.x>
- Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). *Stress and Immunity in Humans: A Meta-Analytic Review*. *Psychosomatic Medicine*, 214–220.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário: Vol. 2ª Ed.* (Edições Sílabo, Issue 2ª ed.).
- Howell, D. (2014). *Fundamental statistics for the behavioral sciences (8th ed.)*. Wadsworth, Cengage Learning.
- ILO. (n.d.). *Ending violence and harassment against women and men in the world of work*. www.ilo.org/publns.
- ILO. (2016). *Workplace Stress: a collective challenge. World day for safety and health at work*. ILO.
- Karasek, Jr. R. A. (1979). *Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implication for Job Redesign*. Sage Publications, Inc & Johnson Graduate School of Management, Cornell University, 24, 285–308.
- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing (2nd ed.)*. Routledge.
- Kohn, M. L., & Schooler, C. (1973). *Occupational Experience and Psychological Functioning: An Assessment of Reciprocal Effects*. *American Sociological Review*, 38(1), 97–118. <http://www.jstor.orgURL:http://www.jstor.org/stable/2094334>
- Konturek, P., Brzozowski, T., & Konturek, S. J. (2011). *Stress an the Gut: Pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options*. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 62(6), 591–599.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Cox, S. J., Cox, T., & Vahtera, J. (2005). *Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees*. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 577–583. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000170330.08704.62>
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Virtanen, M., Heponiemi, T., Elovainio, M., Pentti, J., Linna, A., & Vahtera, J. (2006). *Effort-reward imbalance at work and the co-occurrence of lifestyle risk factors: Cross-sectional survey in a sample of 36,127 public sector employees*. *BMC Public Health*, 6, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-24>
- Kristensen, T. ;, Hannerz, H. ;, Hogh, A. ;, & Borg, V. (2005). *The Copenhagen Psychosocial Questionnaire- a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment*. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(6), 438–449. <https://doi.org/DOI:0.5271/sjweh.948>
- Leka, S., & Cox, T. (2008). *PRIMA-EF. Orientações do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais. Um recurso para empregadores e representantes dos trabalhadores*. <http://www.sesi.org.br>

- Leka, S., & Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. World Health Organization, 1–126.
- Lluís, S. M., Serrano, C. L., Corominas, A. F., Camps, A. G., & Giné, A. Navarro. (2008). *Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): Valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario COPSOQ ISTAS21*. *Rev. Esp. Salud Pública*, 6, 667–675.
- Manohar, S., Thongprayoon, C., Cheungpasitporn, W., Mao, M. A., & Herrmann, S. M. (2017). *Associations of rotational shift work and night shift status with hypertension: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Hypertension*, 35(10), 1929–1937. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001442>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics 25 (5.ª ed.)*. ReportNumber.
- Marquie, J. C., Duarte, L. R., Bessieres, P., Dalm, C., Gentil, C., & Ruidavets, J. B. (2010). *Higher mental stimulation at work is associated with improved cognitive functioning in both young and older workers*. *Ergonomics*, 53(11), 1287–1301. <https://doi.org/10.1080/00140139.2010.519125>
- Matrix. (2012). *Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives*.
- McDaid, D. (2008). *Mental health in workplace settings - Consensus paper*.
- Mesquita, A. A., Silva, A. S., Bezerra, H. R., Fontinele, T. P., & Neiva, Y. P. (2017). *Assédio Moral: Impacto Sobre a Saúde Mental e o Envolvimento com Trabalho em Agentes Comunitários de Saúde*. *Revista Psicologia e Saúde*, 3–17. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i1.375>
- Ministério da Saúde do Brasil. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Ministério da Saúde do Brasil.
- Ministério do Trabalho, S. e S. S. (2021, December 7). <https://www.seg-social.pt/ipss>
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., & Kristensen, T. S. (2005). *ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ)*. *Originales*, 8(1), 18–29. www.istas.net
- Moreno, C. R. C., Marqueze, E. C., Sargent, C., WRIGHT Jr, K. P., Ferguson, S. A., Tucker, P., & Moreno, C. (2019). *Working Time Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work on physical and mental health*.
- Morganstein, J. C. (2020). *Coronavirus and Mental Health: Taking Care of Ourselves During Infectious Disease Outbreaks*.
- Morken, T., Riise, T., Moen, B., Hauge, S. H., Holien, S., Langedrag, A., Pedersen, S., Lise, I., Saue, L., Seljebø, G. M., & Thoppil, V. (2003). *Low back pain and widespread pain predict sickness absence among industrial workers*. *BMC Musculoskeletal Disord*, 4, 1–8. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/4/21>
- Moura, P.; Moura, T.; & Ruivo, R. (2018). *Riscos Psicossociais em Trabalhadores de uma Unidade Local de Saúde no Alentejo*. *Psilogos*, 16(1), 1–18. <https://doi.org/10.25752/psi.14598>
- Murray, J. L. C., Lopez, A. D., (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- NORA. (2002). *The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People - Knowledge Gaps and Research Directions* (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), Ed.). www.cdc.gov/niosh
- Observatorio Vasco de Acoso Moral. (2012). *La salud mental de las y los trabajadores*. In La Ley.

- OIT. (2022). *Inclusão de condições de trabalho seguras e saudáveis no quadro da OIT sobre princípios e direitos fundamentais no trabalho*. 110.^a Sessão da Conferência Internacional do Trabalho.
- Olsen, O., Axelson, O., Heliovaara, M., Kjuus, H., Lunde-Jensen, P., Olsen, O., Stolwijk, J., & Vingard, E. (1997). *Impact of work load and work exposures on disease incidence in the Nordic Countries. Proceedings and papers from the workshop for Nordic researchers in Copenhagen 14-15 March 1996*. Nordic Council of Ministers.
- OMS. (2010). *Healthy Workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners*. World Health Organization.
- OMS. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]*. Organização Mundial de Saúde (OMS). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- OMS. (2020). *Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak*. Organização Mundial de Saúde (OMS).
- OPP. (2020). *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações. Relatório do Custo do Stress e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*. Ordem Dos Psicólogos Portugueses (OPP). www.ordemdospsicologos.pt
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (version 12)*. Allen & Unwin. <https://doi.org/10.4324/9781003117452>
- Parlamento Europeu e do Conselho. (n.d.). *Legislação comunitária*. CITE - Comissão Para a Igualdade No Trabalho e No Emprego. Retrieved January 17, 2022, from <https://cite.gov.pt/directivas>
- Pereira, M., Gonçalves, P., Rodrigues, S., & Andrade, G. (2018). *Avaliação dos fatores de risco psicossociais e da perceção das condições do local de trabalho em lares de idosos*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- PGDL. (1995). *Decreto-Lei n.º 48/1995, de 15 de março. Código Penal de 1982 versão consolidada posterior a 1995*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis
- PGDL. (1998). *Lei n.º 36/1998, de 24 de julho. Artigo 3.º Lei da Saúde Mental - Princípios gerais de política de saúde mental*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=276&tabela=leis
- PGDL. (2009a). *Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro. Código do Trabalho - Artigo 127.º (Deveres do empregador)*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1047A0128&nid=1047&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=
- PGDL. (2009b). *Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho - Artigo 15.º Obrigações gerais do empregador*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=1158&ficha=1&pagina=%20&nversao=&so_miolo=
- PGDL. (2009c). *Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho - Artigo 107.º (Vigilância da saúde) e Artigo 108.º (Exames de saúde)*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1158&tabela=leis
- PGDL. (2009d). *Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho - Artigo 5.º Princípios gerais*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1158A0002&nid=1158&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=

- PGDL. (2009e). *Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho - Artigo 48.º (Atividades proibida ou condicionadas) e Artigo 15.º (Obrigações gerais do empregador)*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1158&tabela=leis
- PGDL. (2014). *Lei n.º 35/2014, de 20 de junho. Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas - Artigo 71.º (Deveres do empregador público)*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2171&tabela=leis
- PGDL. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro. Lei de Bases da Saúde - Base 113 e 14*. Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - PGDL. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1&pagina=1
- Plummer, M. P., Blaser, A. R., & Deane, A. M. (2014). *Stress Ulceration: prevalence, pathology and association with adverse outcomes*. Annual Update Intensive Care Emergency Medicine.
- Punnett, L., & Wegman, D. H. (2004). *Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate*. Journal of Electromyography and Kinesiology, 14(1), 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2003.09.015>
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio: Prevenção do Stresse no Trabalho* (editor Editora RH, Ed.).
- Rodrigues, C. C. R. (2018). *Riscos psicossociais dos profissionais de saúde em contexto de trabalho hospitalar*. Escola de Ciências Sociais - Universidade de Évora, 1–115.
- Rohleder, N. (2014). *Stimulation of systemic low-grade inflammation by psychosocial stress*. In Psychosomatic Medicine (Vol. 76, Issue 3, pp. 181–189). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000049>
- Rugulies, R., Christensen, K. B., Borritz, M., Villadsen, E., Bültmann, U., & Kristensen, T. S. (2007). *The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study*. Work and Stress, 21(4), 293–311. <https://doi.org/10.1080/02678370701747549>
- Sabbath, E. L., Andel, R., Zins, M., Goldberg, M., & Berr, C. (2016). *Domains of cognitive function in early old age: which ones are predicted by pre-retirement psychosocial work characteristics?* Occupational and Environmental Medicine, 73(10), 640–647. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103352>
- Sacadura-Leite, E., Sousa-Uva, A., Ferreira, S., Costa, P. L., & Passos, A. M. (2018). *Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospital*. Centro de Investigação Em Saúde Pública.
- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. (2014). *Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho*. Governo Federal Do Brasil.
- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*.
- Selye, H. (2016). *The Stress Syndrome*. Lippincott Williams & Wilkins, 96–99. <http://about.jstor.org/terms>
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., & Nossa, P. (2006). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ): Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. In FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Análise Exata).
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). *Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study*. Occup Environ Med, 56(5), 302–307.
- United Nations. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*.
- Vetter, C., Devore, E. E., Wegrzyn, L. R., Massa, J., Speizer, F. E., Kawachi, I., Rosner, B., Stampfer, M. J., & Schernhammer, E. S. (2016). *Association between rotating night*

- shiftwork and risk of coronary heart disease among women.* Journal of the American Medical Association (JAMA), 315(16), 1726–1734.
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.4454>
- Wahrendorf, M., Sembajwe, G., Zins, M., Berkman, L., Goldberg, M., & Siegrist, J. (2012). *Long-term effects of psychosocial work stress in midlife on health functioning after labor market exit - Results from the GAZEL study.* Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci., 471–480.
- Wang, H. X., Wahlberg, M., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2012). *Psychosocial stress at work is associated with increased dementia risk in late life.* Alzheimer's & Dementia, 8(2), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.001>
- Wang, J. (2005). *Work stress as a risk factor for major depressive episode(s).* Psychological Medicine, 35(6), 865–871. <https://doi.org/10.1017/S0033291704003241>
- Wang, J. L., Lesage, A., Schmitz, N., & Drapeau, A. (2008). *The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study.* Journal of Epidemiology and Community Health, 62(1), 42–47.
<https://doi.org/10.1136/jech.2006.050591>

ANEXO A

Protocolo de investigação aplicado

Questionário de percepção dos riscos psicossociais

QuestionarioIPSS2122

A presente investigação integra-se no Mestrado em Segurança e Saúde no Trabalho da Universidade do Algarve.

Com a sua realização pretende-se avaliar os fatores do seu trabalho que contribuem para o seu bem-estar e mal-estar durante a realização das tarefas.

Esta investigação respeita todos os critérios de confidencialidade e anonimato. É da responsabilidade do investigador a recolha e a análise dos dados. Os dados obtidos servirão somente para os fins desta investigação. Não existem quaisquer recompensas associadas à participação, monetárias ou de outro cariz. Além disso, pode interromper a sua participação a qualquer momento, sem prejuízo para nenhuma das partes. Os instrumentos utilizados não possuem quaisquer riscos para a sua saúde física ou psicológica.

Escolha as opções que melhor traduzem a sua situação. Não existem respostas certas ou erradas.

Muito obrigado!

Tomei conhecimento e compreendi a informação acima descrita e aceito, de livre vontade, participar neste estudo e preencher o questionário que se segue.

a. Sim

b. Não

Secção A

1. Sexo:
 - a. Feminino
 - b. Masculino
 - c. Outro
 - d. Não responde
2. Idade (anos)
3. Estado civil:
 - a. Solteiro(a)
 - b. Casado(a) ou a viver em união de facto
 - c. Divorciado(a) ou separado(a)
 - d. Viúvo(a)
4. Habilitações literárias:
 - a. 11º ciclo (4ª classe)
 - b. 2º ciclo (6ª classe)
 - c. 3º ciclo (9º ano)
 - d. Ensino secundário
 - e. Curso técnico-profissional
 - f. Bacharelato
 - g. Licenciatura
 - h. Pós-graduação
 - i. Mestrado
 - j. Doutoramento
5. Categoria profissional
 - a. Ajudante de Ação Direta
 - b. Ajudante de Ação Educativa
 - c. Ajudante de Cozinha
 - d. Animador Cultural
 - e. Assistente Social
 - f. Auxiliar de Atividades
 - g. Cabeleireiro(a)
 - h. Chefe de departamento/divisão/secção
 - i. Costureiro(a)

- j. Diretor
 - k. Educador/Professor
 - l. Empregado(a) de Armazém
 - m. Encarregado(a)
 - n. Escriturário(a)
 - o. Monitor
 - p. Motorista
 - q. Profissional de Saúde
 - r. Sociólogo
 - s. Técnico Auxiliar de Serviço Social
 - t. Técnico Superior de Educação Social
 - u. Trabalhador Auxiliar Serviços Gerais
6. Exerce funções de chefia?
- a. Sim
 - b. Não
7. Tempo de exercício profissional na instituição atual (anos)
8. Tipo de horário:
- a. Tempo-inteiro
 - b. Part-time
9. Número de horas de trabalho semanal (horas)
10. A sua instituição tem serviços de segurança e saúde no trabalho?
- a. Sim
 - b. Não
11. Já teve formação sobre segurança e saúde no trabalho? Se sim, indique número de horas de formação que teve no último ano.
- a. Sim, menos de 4 horas
 - b. Sim, entre 5 a 8 horas
 - c. Sim, entre 9 a 12 horas
 - d. Sim, mais de 12 horas
 - e. Não

Secção B – _____

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

1 - Nunca/quase nunca 2 - Raramente 3 - Às vezes 4 - Frequentemente 5 – Sempre	1	2	3	4	5
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 trabalhar muito rapidamente?					
4. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
5. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
6. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
7. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
8. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
9. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
10. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
11. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
12. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?					
13. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
14. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
15. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
16. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					

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

1 - Nunca/quase nunca 2 - Raramente 3 - Às vezes 4 - Frequentemente 5 – Sempre	1	2	3	4	5
17. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
18. É bom no planeamento do trabalho?					

1 - Nunca/quase nunca 2 - Raramente 3 - Às vezes 4 - Frequentemente 5 – Sempre	1	2	3	4	5
19. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
20. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
21. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
22. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
23. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					

1- Nada/quase nada, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4- Muito e 5- Extremamente	1	2	3	4	5
24. O seu trabalho tem algum significado para si?					
25. Sente que o seu trabalho é importante?					
26. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					
27. Quão satisfeito está com o seu trabalho de uma forma global?					
28. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

Das seguintes opções, indique a que mais se adequa à sua resposta:

	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Deficitária
29. Em geral, sente que a sua saúde é:					

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

1- Nada/quase nada, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4- Muito e 5- Extremamente	1	2	3	4	5
30. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?					
31. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?					

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

1 - Nunca/quase nunca 2 - Raramente 3 - Às vezes 4 - Frequentemente 5 – Sempre	1	2	3	4	5
32. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
33. Fisicamente exausto?					
34. Emocionalmente exausto?					
35. Irritado?					
36. Ansioso?					
37. Triste?					

Nos últimos **12 meses**, no seu **local de trabalho**:

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

Agradecemos a sua colaboração.