

Patrícia Matilde Coelho Alves

Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde – O caso da UCSP de Mértola

Patrícia Matilde Coelho Alves

Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde – O caso da UCSP de Mértola

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde
Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA
2023

Declaração de autoria de trabalho

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

(Patrícia Matilde Coelho Alves)

Direitos de cópia ou Copyright

© Copyright: Patrícia Matilde Coelho Alves.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

DEDICATÓRIA

Ao meu coordenador Enfermeiro António Silva, que tanto me incentivou a abraçar esta demanda académica, tendo a oportunidade de me acompanhar no seu início, mas com quem lamentavelmente já não poderei partilhar a alegria desta conquista.

AGRADECIMENTOS

O meu reconhecimento e gratidão estende-se a todos aqueles que me apoiaram e incentivaram neste desafio académico, pessoal e profissional, que foi o Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde. Ao longo do percurso académico posso identificar várias pessoas que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a concretização deste desafio, cuja ordem a que serão mencionados não categoriza a sua importância.

Demonstro o meu reconhecimento à Professora Doutora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada, orientadora desta dissertação, pela preciosa orientação, disponibilidade e incentivo, cuja competência científica teve grande impacto nesta investigação.

À equipa docente do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, representados na pessoa do coordenador do curso, Professor Doutor Guilherme José Fresca Mirador de Andrade Castela, pelos conhecimentos partilhados e que se revelaram decisivos para a minha formação pessoal e profissional.

Às minhas coordenadoras Enfermeira Eunice Santos e Enfermeira Elsa Alha, pelo incentivo, disponibilidade e exemplo de profissionalismo e de humanidade.

Ao Dr. Pedro Alves de Moura e ao Enf. Rui Escoval pela partilha de conhecimentos e das suas práticas profissionais no âmbito dos riscos psicossociais.

À equipa da UCSP de Mértola, pela amizade e motivação que sempre demonstraram e pela forma como aderiram e participaram no estudo, dando um contributo inquestionável para a sua realização.

À minha família e amigos pelo suporte, carinho e incentivo demonstrados ao longo deste percurso académico e profissional. Um apreço especial pelo meu marido e filha que são indiscutivelmente a minha motivação diária.

À minha mãe que sempre me incentivou a investir em novas oportunidades de aquisição de conhecimentos e competências.

Ao meu pai, que teve a oportunidade de assistir ao início deste meu novo desafio académico, mas que por força do destino, já não esteve presente no seu término.

RESUMO

A academia e as instituições mundiais e nacionais de referência na área da saúde e do trabalho têm demonstrado preocupação com o impacto dos riscos psicossociais. Estes riscos, podem afetar a saúde e bem-estar dos profissionais e ter implicações significativas no funcionamento e produtividade das unidades de saúde, colocando importantes desafios à sua gestão.

A pertinência e atualidade do tema motivaram a realização de uma investigação de corte transversal, descritivo e correlacional, com o estudo de caso único, desenvolvido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Mértola. Tem como principal objetivo identificar os fatores de risco psicossociais que afetam os profissionais de saúde desta unidade, os seus impactos e a sua importância na gestão de uma UCSP.

Na investigação empírica participaram 31 profissionais de saúde da UCSP, sendo 29,0% enfermeiros, 22,6% assistentes operacionais, 22,6% técnicos superiores, 16,1% assistentes técnicos e 9,7% médicos. Em termos de metodologia, foi aplicado um questionário que permitiu a recolha de dados sociodemográficos/profissionais e a identificação dos riscos psicossociais que afetam os participantes, através do Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQII). Recorreu-se, também, à aplicação de entrevistas semiestruturadas a três elementos da Unidade Local de Saúde com funções relevantes em termos de gestão dos riscos psicossociais, às conversas informais e à recolha documental.

O estudo permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional da equipa multidisciplinar da unidade e identificar os riscos psicossociais que afetam os profissionais. Os técnicos superiores apresentam risco nas dimensões “exigências cognitivas”, “exigências emocionais” e “apoio social de superiores”. Nos médicos foi identificado risco nas “exigências cognitivas” e “exigências emocionais”.

Os participantes identificaram a necessidade de intervenção perante os riscos psicossociais, bem como os desafios a estes inerentes. Os dados obtidos permitiram apresentar recomendações estratégicas que podem servir de base ao desenvolvimento de um plano de intervenção.

Palavras-Chave: gestão, risco psicossocial, perceção do risco, Cuidados de Saúde Primários (CSP), Copenhagen Psychosocial Questionnaire.

ABSTRACT

The academic and international and national reference institutions, in the field of health and work, have expressed concern about the impact of psychosocial risks on the health and well-being of professionals as well as on the functioning and productivity of public health units, posing important challenges to their management.

The relevance and timeliness of the topic motivated the conduct of a cross-sectional, descriptive, and correlational study, with a single-case study, developed at the Personalized Healthcare Unit (UCSP) of Mértola. Its main objective is to identify the psychosocial risk factors that affect the health professionals of this unit.

The empirical investigation involved 31 health professionals from the UCSP, with 29.0% nurses, 22.6% operational assistants, 22.6% senior technicians, 16.1% technical assistants, and 9.7% doctors. In terms of methodology, a questionnaire was applied to collect sociodemographic/professional data and to identify psychosocial risks that affect the participants, through Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQII). It was also used to apply semi-structured interviews to three elements with relevant functions in terms of psychosocial risk management, informal conversations, and documentary collection.

The study made it possible to characterize the sociodemographic and professional profile of the multidisciplinary team of the UCSP and identify the psychosocial risks that affect those professionals. Senior technicians present a risk in the dimensions of "cognitive demands", "emotional demands", and "social support from superiors". In doctors, risk was identified at "cognitive demands" and "emotional demands".

Participants identify the need to develop interventions aimed at psychosocial risks, as well as the challenges inherent to them. The data obtained made it possible to present proposals for action that could serve as a starting point for the design of an intervention plan.

Keywords: management, psychosocial risk, risk perception, Primary Health Care, Copenhagen Psychosocial Questionnaire.

ÍNDICE GERAL

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE TABELAS.....	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS	XV
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Enquadramento do estudo	1
1.2 Objetivos.....	4
1.3 Estrutura da dissertação	5
1.4 Contribuições do estudo	6
2 REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1 O contexto da gestão das organizações: mudanças e desafios	6
2.2 Riscos psicossociais nas organizações	9
2.2.1 Risco psicossociais: definição e fatores.....	11
2.2.2 As consequências dos riscos psicossociais	14
2.2.2.1 Consequências para o indivíduo e organização.....	14
2.3 Perceção e avaliação do risco	17
2.4 Modelos de avaliação dos riscos psicossociais.....	18
2.4.1 Modelo de Exigência-Controllo	19
2.4.2 Modelo de Exigência-Controllo-Suporte.....	20
2.4.3 Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa.....	20
2.4.4 Estudos empíricos sobre a avaliação dos riscos psicossociais	21
2.5 Gestão dos riscos psicossociais.....	23
2.6 Unidades públicas de saúde	25
2.6.1 A UCSP de Mértola	25
3 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	29
3.1 Problema de investigação	29
3.2 Tipo e desenho do estudo	32
3.3 População-alvo.....	33
3.4 Local e período de colheita de dados	34
3.5 Técnicas de recolha de dados.....	34

3.5.1	Questionário	34
3.5.2	Entrevista	36
3.5.3	Conversas informais e recolha documental.....	38
3.6	Técnicas de análise de dados	38
3.6.1	Análise estatística	38
3.6.2	Análise de conteúdo.....	41
3.6.2.1	Fase 1: Pré-Análise.....	41
3.6.2.2	Fase 2: Exploração do material	42
3.6.2.3	Fase 3: Tratamento dos resultados, inferência e interpretação	44
3.7	Validade e confiabilidade dos instrumentos	45
3.8	Procedimentos e questões éticas	47
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	48
4.1	Contextualização da realidade da UCSP de Mértola	48
4.2	Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes	49
4.3	Incidência dos riscos psicossociais	56
4.3.1	Na unidade	56
4.3.2	Por categoria profissional.....	59
4.4	Relação entre os riscos psicossociais e o perfil sociodemográfico e profissional	61
4.5	Significado de riscos psicossociais	65
4.6	Fatores de risco psicossociais	65
4.7	Impacto dos riscos psicossociais.....	67
4.7.1	A nível individual	67
4.7.2	A nível grupal.....	67
4.7.3	A nível organizacional	68
4.8	Impacto da pandemia no agravamento dos riscos psicossociais.....	69
4.9	Importância da gestão dos riscos psicossociais	70
4.10	Ações e medidas de apoio ao nível da gestão dos riscos psicossociais.....	71
4.11	Desafios e projetos futuros ao nível gestão dos riscos psicossociais	74
4.12	Análise lexical e sintática do discurso dos entrevistados	75
4.13	Análise global das perceções dos participantes	82
5	DISCUSSÃO.....	84

6	RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS.....	93
7	CONCLUSÕES	96
7.1	Principais conclusões	96
7.2	Limitações do estudo e sugestões de investigação futura	98
7.3	Implicações e contribuições do Estudo	100
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
9.	APÊNDICES	109
APÊNDICE 1	Questionário aplicado no estudo.....	111
APÊNDICE 2	Guião para a entrevista.....	121
APÊNDICE 3	Grelha de análise de conteúdo.....	124
APÊNDICE 4	Documentos submetidos à Comissão de Ética da ULSBA.....	155
APÊNDICE 4.1	Carta de submissão do estudo para a Comissão de Ética da ULSBA.....	156
APÊNDICE 4.2	Formulário de submissão do estudo para a Comissão de Ética da ULSBA.....	157
APÊNDICE 4.3	Deliberação da Comissão de Ética homologada pelo Conselho de Administração para a realização do estudo.....	159
APÊNDICE 5	Consentimento informado para participação no estudo.....	161
APÊNDICE 6	Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes por grupo profissional.....	162
Apêndice 6	Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes por grupo profissional.....	163
APÊNDICE 7	Testes estatísticos.....	166
APÊNDICE 7.1	Teste de normalidade da distribuição das subescalas do COPSOQII.....	167
APÊNDICE 7.2	Teste Wilcoxon-Mann-Whitney entre a variável sociodemográfica sexo e as dimensões do COPSOQII.....	168
APÊNDICE 8	Tabelas de frequências das palavras associadas aos riscos psicossociais.....	172
APÊNDICE 8.1	Tabela de frequências das palavras relacionadas com os fatores de risco psicossocial.....	173

APÊNDICE 8.2	Tabela de frequências das palavras relacionada com as consequências dos fatores de risco psicossociais.....	175
APÊNDICE 8.3	Tabela de frequências das palavras relacionadas com os fatores de proteção relativamente aos fatores de risco psicossociais.	176
APÊNDICE 8.4	Semântica da palavra “Chefia” – Tabela de Frequências	178
10.	ANEXOS	179
	Anexo A - Organograma da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P....	180
	Anexo B – Dimensões/subescalas do COPSOQ II.....	181

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 2.1 Equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola.....	27
Figura 2.2 Fluxograma do ProGerPsi.....	28
Figura 3.1 Modelo de análise do estudo.....	31
Figura 4.1 Distribuição do risco pelas dimensões do COPSOQII – subescalas em que o nível do risco é diretamente proporcional ao aumento da média dos itens	58
Figura 4.2 Distribuição do risco pelas dimensões do COPSOQII - subescalas em que o nível do risco é inversamente proporcional ao aumento da média dos itens.....	59
Figura 4.3 Nuvem de palavras relativa às três entrevistas realizadas.	76
Figura 4.4 Nuvem de palavras relativa à entrevista do elemento com funções de gestão	77
Figura 4.5 Nuvem de palavras relativa à entrevista do elemento Coordenador do ProGerPsi.....	77
Figura 4.6 Nuvem de palavras relativa à entrevista do elemento em funções na USP	78

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 2.1 Classificação dos fatores de risco psicossocial.....	13
Tabela 3.1 <i>Missing values</i> identificados nos questionários	39
Tabela 3.2 Relação entre a média da dimensão do COPSOQII e o risco para a saúde do profissional.....	40
Tabela 3.3 Categorias e subcategorias utilizadas nas entrevistas realizadas	43
Tabela 3.4 Coeficiente alfa de Cronbach.....	45
Tabela 3.5 Fiabilidade interna das subescalas do COPSOQ II.....	46
Tabela 4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	49
Tabela 4.2 Faltas ao trabalho.	54
Tabela 4.3 Faltas ao trabalho distribuídas segundo o sexo dos participantes.....	54
Tabela 4.4 Faltas ao trabalho distribuídas segundo o grupo profissional.....	55
Tabela 4.5 Avaliação do risco para a saúde de cada dimensão do COPSOQII com comparação com a média a nível nacional.	57
Tabela 4.6 Comparação das médias obtidas no COPSOQ por grupo profissional.	60
Tabela 4.7 Coeficiente de correlação de Spearman entre a faixa etária e exigências quantitativas.	62
Tabela 4.8 Coeficiente de correlação de Spearman entre a faixa etária e autoeficácia.	63
Tabela 4.9 Coeficiente de correlação de Spearman entre habilitações literárias e as exigências cognitivas.....	63

Tabela 4.10	Coeficiente de correlação de Spearman entre o tempo total de serviço na profissão e o significado do trabalho.....	64
Tabela 4.11	Tabela de frequências das palavras mais frequentes.....	79
Tabela 4.12	Tabela de frequências das palavras relacionadas com os fatores de risco psicossocial, distribuídos por categorias	80
Tabela 6.1	Propostas de intervenção da UCSP de Mértola	94

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
COPSOQ	<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
EDOC	<i>Electronic Document</i>
EU-OSHA	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
EUROFOUND	Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
ProGeRPsi	Programa de Gestão Integrada de Riscos Psicossociais nos Profissionais
NCPHSBBR	<i>National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSBA	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

1 INTRODUÇÃO

1.1 Enquadramento do estudo

O aumento da competitividade na área da saúde, associada à maior literacia e participação dos utentes nas decisões relativas à sua saúde, levou a uma maior exigência e ao incremento da necessidade de promover a qualidade nos cuidados de saúde. Deste modo, tem-se vindo a sentir uma crescente necessidade de tomar decisões fundamentadas em conhecimento científico, rigor e qualidade, impulsionando-se a implementação de ferramentas de gestão e a realização de trabalhos de investigação na área da saúde (OMS, 2012, 2013).

Considerando como facto indiscutível da gestão que os recursos são escassos, quer sejam humanos, económicos ou materiais, os recursos alocados aos cuidados de saúde não são exceção. Assim, torna-se de evidente importância a produção de conhecimento científico de forma a dar suporte aos processos de gestão destes recursos, tornando a sua aplicação mais efetiva, no sentido da sua otimização, eficiência e eficácia (Costa, Leitão, Borges, Trindade, Pinto, Cardoso, Rodrigues, P. e Rodrigues T., 2013).

No âmbito da gestão das organizações, o capital humano assume um lugar de destaque. Cada vez mais, é fundamental que os gestores de topo desenvolvam estratégias e reconheçam que têm um papel primordial no desempenho dos profissionais que integram as equipas, considerando que a motivação destes se repercute diretamente na qualidade dos produtos ou dos serviços prestados (Almeida, 2021).

É neste contexto que os riscos psicossociais têm vindo a assumir um papel de destaque. Sequeira e Areosa (2020: 24), argumentam mesmo, que “Os riscos psicossociais têm ganho uma centralidade analítica e técnica bastante significativa nas últimas duas décadas.” O aumento da exposição dos profissionais a estes riscos, bem como o impacto que estes podem ter sobre estes e sobre a organização, tornam os riscos psicossociais um desafio atual da gestão das organizações.

Na academia tem-se assistido a um crescimento de trabalhos científicos na área da gestão dos riscos psicossociais. Naranjo (2011) publicou um artigo sobre fatores de risco psicossocial no trabalho associados ao *stress* laboral. Camelo, Chaves, Silva e Angeramil

(2012) estudaram os riscos psicossociais relacionados com a carga, ritmo e organização do trabalho em equipas de saúde familiar do Brasil. Moura P., Moura, T. e Ruivo (2018) realizaram um estudo sobre os riscos psicossociais em trabalhadores de uma Unidade Local de Saúde no Alentejo. Marques, Alves, Queirós, Norton e Henriques (2018) realizaram um estudo sobre o efeito da profissão no *burnout* em trabalhadores de uma unidade hospitalar. Areosa e Queirós (2020) publicaram um artigo intitulado “*Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19?*”.

Em simultâneo ao crescimento do conhecimento científico nesta área, tem-se verificado uma preocupação crescente de entidades preponderantes na sociedade atual, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a União Europeia e Ordens Profissionais portuguesas ligadas à saúde, com os riscos psicossociais associados ao local de trabalho. Estas entidades reconhecem a influência dos riscos psicossociais na qualidade de vida dos profissionais, quer pelo impacto socioeconómico que têm nas instituições empregadoras e nos serviços de saúde. A gestão eficaz dos riscos laborais apresenta benefícios de carácter económico, social, ambiental e de saúde, contribuindo para a saúde e bem-estar dos profissionais, melhoria do seu desempenho e aumento da produtividade das organizações (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2023; Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [EU-OSHA], 2018a; Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho [EUROFOUND] e EU-OSHA, 2014). Vários estudos comprovam que as intervenções de promoção da saúde mental e de redução dos fatores de risco psicossociais no trabalho são um investimento, cujo retorno, associado à redução do absentismo e aumento da produtividade, pode ser substancialmente superior (OPP, 2023; OMS, 2001; Moura, 2021; Moura *et al.*, 2018; Matrix, 2012).

Neste contexto, impõe-se a realização da presente dissertação, no âmbito do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde. Esta pretende contribuir para o crescimento do conhecimento científico neste domínio e dotar os gestores de informação relevante e de carácter científico que fundamente a implementação de medidas de ação, com particular atenção para a gestão dos riscos psicossociais no contexto de uma unidade de saúde pública de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Na academia, é comum os riscos psicossociais serem estudados no âmbito da Psicologia, das Ciências Sociais e da Saúde Individual. Porém, tendo em consideração a existência de evidências científicas que expõe o impacto dos riscos psicossociais na dinâmica das

equipas de trabalho, na produtividade e no absentismo, considerou-se que seria relevante o seu estudo e enquadramento no âmbito da área da gestão de unidades/serviços de saúde. Sendo um tema que tem recentemente despertado o interesse dos gestores, torna-se relevante a realização de estudos de investigação científica que explorem este tema, nas suas várias dimensões e contextos. Por outro lado, através de uma pesquisa exaustiva nos repositórios científicos verificou-se uma lacuna de estudos científicos realizados em contexto de Unidades de Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

A pertinência e atualidade do tema da Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde associado às próprias vivências e experiência profissional da autora, despertaram o seu interesse e constituíram-se como uma forte motivação para a realização deste estudo. Optou-se por desenvolver o estudo na UCSP de Mértola, pelo facto de esta integrar a equipa multidisciplinar daquela instituição, o que lhe tem permitido observar de forma empírica, a existência de algumas fragilidades na equipa. Entende-se, então, que essas fragilidades poderão ser alvo de estudo.

A pandemia causada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) e o conseqüente aumento da carga e ritmo de trabalho, evidenciou situações passíveis de potenciar riscos psicossociais. Ao longo dos últimos três anos, foi possível identificar situações de *stress* elevado, às quais se associaram sintomas de depressão, ansiedade, insónias, entre outros sintomas que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida no trabalho (Almeida *et al.*, 2021).

Esta pesquisa procura, deste modo, compreender a incidência dos riscos psicossociais com impactos na motivação, desempenho, produtividade e coesão entre as equipas de trabalho, a partir das perceções dos elementos da equipa da UCSP alvo de estudo, com a finalidade de identificar estratégias direcionadas para os problemas identificados.

Perante esta problemática, foi formulada a seguinte pergunta de investigação, que direcionou a revisão inicial da literatura e delimitou o domínio de conhecimento a ser explorado, designadamente: Quais os fatores de risco psicossociais relacionados com o trabalho aos quais os profissionais estão expostos, os seus impactos e a sua importância na gestão da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Mértola?

Em termos metodológicos, optou-se pela realização de uma investigação de corte transversal, adotando-se como modalidade de estudo o *estudo de caso único* na UCSP de Mértola. Os dados foram recolhidos através da aplicação de dois métodos de inquérito distintos, a entrevista e o questionário. O questionário utilizado é constituído por dois grupos de questões. O primeiro grupo contém questões relacionadas com os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e o segundo grupo, relativo aos riscos psicossociais, incorpora questões do *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II* (COPSOQII). Recorreu-se, também, à aplicação de entrevistas semiestruturadas a três elementos da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) com funções relevantes em termos de gestão dos riscos psicossociais. A pesquisa documental e as conversas informais permitiram, também, obter informações complementares relevantes.

1.2 Objetivos

Esta investigação tem como objetivo geral compreender os fatores de risco psicossociais relacionados com o trabalho aos quais os profissionais estão expostos, os seus impactos e a sua importância na gestão da UCSP de Mértola. Neste âmbito, foram definidos como objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola;
- 2) Conhecer e analisar a perceção dos profissionais sobre os riscos psicossociais associados ao trabalho e as alterações relacionadas com a saúde, *stress* e satisfação;
- 3) Aferir a existência de correlações entre as características sociodemográficas e profissionais e os fatores de risco psicossociais;
- 4) Conhecer e analisar a perceção de elementos da ULSBA, com funções ao nível da gestão dos riscos, sobre o significado, os fatores e o impacto dos riscos psicossociais ao nível organizacional, individual e grupo profissional;
- 5) Conhecer e analisar a perceção de elementos da ULSBA, com funções ao nível da gestão dos riscos, sobre a importância atribuída à gestão dos riscos psicossociais;
- 6) Identificar as ações e medidas de apoio ao nível da gestão dos riscos psicossociais;
- 7) Identificar os desafios e os projetos futuros ao nível gestão dos riscos psicossociais;

- 8) Formular recomendações estratégicas de intervenção na área da gestão dos riscos psicossociais.

1.3 Estrutura da dissertação

Com o objetivo de dar resposta à pergunta de investigação apresentada surge o presente trabalho, cuja parte textual, está dividida em dez partes principais. O primeiro capítulo refere-se à introdução, onde é apresentado o enquadramento do estudo, as motivações que levaram a autora aprofundar o tema, os objetivos, as opções metodológicas, a estrutura da dissertação e os resultados esperados.

No segundo capítulo é realizada uma revisão bibliográfica da literatura, que teve origem numa pesquisa sobre os estudos e artigos científicos publicados sobre o tema. É realizada uma análise crítica de alguns estudos elaborados nesta área, por forma a enquadrar a investigação e fundamentar a sua pertinência.

O terceiro capítulo é dedicado à descrição da abordagem metodológica utilizada. Deste consta o tipo e desenho de estudo, a população-alvo e as técnicas de recolha e análise de dados. Segue-se o quarto capítulo, onde são apresentados os resultados obtidos, através da análise e interpretação dos dados.

O quinto capítulo é reservado à discussão dos resultados obtidos, através da seleção dos factos mais importantes e da sua aplicabilidade. É realizada uma análise comparativa com os resultados de outros estudos realizados no âmbito científico.

No sexto capítulo são apresentadas recomendações estratégicas gerais de intervenção direcionadas para os principais problemas identificados. São abordadas estratégias, que apresentem evidência científica da sua aplicabilidade e eficácia de intervenção perante problemas similares. Segue-se a conclusão da dissertação, no sétimo capítulo. É realizada uma síntese dos resultados principais e são apresentadas as limitações e sugestões que poderão servir de base para trabalhos futuros. Na conclusão, é, ainda, apresentada uma análise crítica da pertinência do estudo e às suas implicações e contribuições.

Por último, é apresentada a parte pós-textual que engloba as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos da dissertação.

1.4 Contribuições do estudo

Os resultados deste estudo poderão servir de base ao planeamento de ações de gestão de riscos psicossociais, permitindo assim, a criação e implementação de medidas que beneficiem a UCSP de Mértola. Os problemas identificados deverão suportar planeamento de medidas de reorganização de recursos, alteração de dinâmicas internas, desenvolvimento de planos de melhoria contínua que promovam a boa gestão dos riscos psicossociais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo pretende-se realizar uma contextualização da problemática dos riscos psicossociais nas unidades de saúde públicas, mais especificamente nas UCSP. A revisão da literatura foi baseada no conhecimento científico produzido pela academia e documentos oficiais provenientes de diferentes instituições e organizações com atuação na área da saúde e/ou do trabalho, tanto mundiais como nacionais.

2.1 O contexto da gestão das organizações: mudanças e desafios

Na academia vários autores argumentam que o modelo socioeconómico atual, o capitalismo, tem uma influência determinante no mundo do trabalho e tem sido responsável por alterações profundas nos contextos laborais, a nível da organização do trabalho, das estruturas hierárquicas e dos processos de decisão e de liderança (Areosa e Queirós, 2020; Ferreira, Neves e Caetano, 2001).

As organizações e as empresas têm evoluído, no sentido de aumentar substancialmente os seus lucros e de adaptarem às novas tecnologias, que têm revolucionado as atividades de produção, distribuição e consumo de bens e de serviços (Ferreira *et al.*, 2001). As estratégias utilizadas na persecução deste objetivo, em simultâneo com a intensificação da competitividade entre empresas e entre profissionais está a incutir elevados níveis de pressão sobre as organizações. Em muitos casos, resultam em consequências para os profissionais destas empresas, relacionadas com o trabalho precário, o aumento da carga e ritmo de trabalho, a falta de suporte social, a rotatividade, a existência de poucas

oportunidades de desenvolvimento, a falta de autonomia e de reconhecimento, o aumento do desemprego, da incerteza, da instabilidade laboral e da precariedade (Areosa, 2019b; Carneiro e Areosa, 2018; Utzet, Navarro, Llorens e Moncada, 2015).

As técnicas contemporâneas de gestão estão a imprimir forte pressão nos contextos laborais, podendo provocar danos consideráveis nas relações sociais no trabalho, com consequências em termos da coesão e da interajuda entre pares. Considerando que a atividade profissional tem elevado impacto na construção da identidade social, esta nova realidade acaba por afetar a saúde mental dos profissionais, que veem o seu papel na comunidade degradado (Areosa e Queirós, 2020; Areosa, 2019a; Areosa, 2019b; Utzet *et al.*, 2015).

Paralelamente à realidade apresentada, observam-se situações no mercado de trabalho em que as tendências de gestão de recursos humanos têm evoluído no sentido de valorizar o capital humano das organizações, introduzindo o conceito de organizações positivas nas práticas de gestão. De acordo com Cunha, Lopes, Rego e Ceitil (2013) uma gestão positiva das organizações exige conhecimento, empenho e competência. Os mesmos autores associam este conceito ao de clima organizacional, uma vez que a tendência para uma organização ser positiva está relacionada com as relações interpessoais em ambiente laboral, nas quais a vertente comportamental da gestão tem forte influência.

Tem-se verificado a tendência de as organizações optarem por uma cultura organizacional mais aberta e descontraída. Este tipo de cultura tem capacidade de atrair e reter melhores trabalhadores devido a respeitar a sinergia entre a vida pessoal e profissional e permitirem ao profissional desenvolver a sua identificação com a empresa (Almeida, 2021).

Acontecimentos relativamente recentes tiveram uma influência marcante nos diferentes contextos laborais. A pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, decretada a 11 de março pela OMS, foi responsável por alterações significativas na forma de viver do indivíduo e da comunidade. O seu impacto nos contextos laborais não foi exceção, na medida em que implicou novas exigências e o desenvolvimento de uma capacidade de adaptação a situações repentinas e imprevistas. Esta realidade contribuiu para uma redução da produtividade com implicações em termos de vulnerabilidade económica e social (Almeida, Heitor, Santos, Costa, Virgolino, Rasga, Martiniano e Vicente, 2021).

A pandemia despertou a atenção para o tema dos riscos psicossociais nas instituições de saúde, ao torná-los mais evidentes devido ao aumento da sobrecarga de trabalho. Costa, Rasga, Martiniano, Vicente, Virgolino, Santos, Heitor e Almeida (2020) referem que vários estudos científicos consideraram os profissionais de saúde na linha da frente como grupos de risco para sofrimento psicológico. Recentemente, um estudo identificou que os profissionais de saúde envolvidos no combate à pandemia, em Itália, expostos a níveis elevados de *stress*, desenvolveram sintomas associados ao *stress*, nomeadamente depressão, ansiedade e insónia (Rossi R., Soggi, Pacitti, Di Lorenzo, Di Marco, Siracusano e Rossi A., 2020). Moura *et al.* (2018) referem que os serviços de saúde se encontram entre os departamentos de atividade mais expostos a fatores de risco psicossocial nos profissionais e alertam para a importância do impacto do *stress* e da violência sobre estes profissionais.

Almeida *et al.* (2021) apresentaram um estudo, associado ao projeto Saúde Mental – COVID19, cujos resultados demonstraram a existência de taxas de problemas de saúde mental superiores nos profissionais de saúde, comparativamente com a população geral, com maior evidência a nível do sofrimento psicológico e de ansiedade moderada a grave.

As entidades oficiais, com atuação na área da saúde e/ou do trabalho, também têm demonstrado uma forte preocupação com o impacto da pandemia nos riscos psicossociais nas organizações (OPP, 2023; EU-OSHA, 2022).

EU-OSHA (2022) realizou um estudo sobre segurança e saúde no trabalho, nos locais de trabalho no pós-pandemia, concluindo que 44% dos trabalhadores em Portugal consideravam que o *stress* no trabalho tinha aumentado.

No contexto nacional, a OPP (2023) publicou o “Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal” onde concluiu que os custos da perda de produtividade das empresas portuguesas, associados ao absentismo e ao presentismo, passaram de 3,2 mil milhões de euros em 2020 para 5,2 mil milhões de euros em 2022 (valor equivalente ao que o governo despendeu em 2021 com as medidas aplicadas na mitigação dos impactos da pandemia). O tempo de trabalho perdido por absentismo, associados ao *stress* e a problemas de saúde psicológica foi de 6,2 dias em 2020 e de 8 dias em 2022. O tempo de trabalho perdido por presentismo foi de 12,4 dias em 2020 e de 15,8 dias em 2022. A OPP (2023) concluiu que, o investimento na saúde

psicológica e no bem-estar dos profissionais nas empresas portuguesas, através da avaliação, prevenção e intervenção nos riscos psicossociais, pode reduzir as perdas de produtividade em mais de 30%, o que constitui uma poupança de aproximadamente 1,6 mil milhões de euros por ano.

2.2 Riscos psicossociais nas organizações

Os locais de trabalho apresentam uma organização social particular e complexa, resultante do estabelecimento de relações interpessoais, das hierarquias e das diferentes medidas e abordagens de gestão existentes. É neste contexto que os fatores de risco psicossociais surgem e interagem, influenciando a saúde física e mental e bem-estar dos profissionais e, conseqüentemente, toda a dinâmica e a produtividade da organização (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021; EU-OSHA, 2018b; Fernandes e Pereira, 2016; EUROFOUND e EU-OSHA, 2014).

De acordo com a DGS (2021), os fatores de risco psicossociais sofrem influência a três níveis. A nível macro ou global são influenciados pelo contexto externo à organização (económico, social, cultural). Ao nível da empresa ou meso, sofrem a influência das características e condições do contexto de trabalho. Por fim, ao nível micro, ou do trabalhador, são influenciados pelas condições de vida e as características e condições pessoais do profissional.

Tanto a legislação, como as normas e diretrizes a nível internacional (OMS, OIT, EUROFOUND, EU-OSHA, União Europeia) como nacional (Assembleia da República, DGS, Ordens Profissionais) têm registado alterações nas últimas décadas, que pretendem dar resposta às alterações socioeconómicas, à evolução do mercado de trabalho e aos fenómenos emergentes, como é o caso dos riscos psicossociais.

A nível internacional, a Organização Internacional do Trabalho (2013) emitiu o Guia para a Formulação de Políticas de Emprego, onde refere os potenciais efeitos negativos da carga excessiva de trabalho.

A nível da União Europeia têm sido emanadas diretrizes que pretendem promover a criação de políticas que garantam a qualidade e as condições no local de trabalho (EUROFOUND e EU-OSHA, 2014). No Artigo 9.º do Tratado sobre o Funcionamento

da União Europeia estipula-se que as políticas desenvolvidas pelos Estados-Membros devem garantir a proteção da saúde. O artigo 151.º estabelece o dever do investir na promoção do emprego e da melhoria das condições de vida e de trabalho (União Europeia, 2016).

A Carta Comunitária dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores assinala a necessidade de promover melhores condições de vida e de trabalho, através do respeito pela igualdade, investimento na segurança, proteção social, formação profissional, informação relevante para as funções desempenhadas, incentivo à participação e desenvolvimento de medidas de proteção da saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 1990). A União Europeia (2008) no “European Pact for Mental Health and Well-being”, estabelece a saúde mental no local de trabalho, como uma das cinco principais áreas prioritárias.

A Comissão Europeia (2012), no âmbito da estratégia Europa 2020, considera a promoção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores como um pré-requisito da estratégia europeia de crescimento para um futuro sustentável e gerador de emprego.

O Acordo-Quadro Europeu sobre Assédio e Violência no Trabalho, assume o compromisso de promover a segurança no trabalho e definir estratégias de prevenção e de gestão de casos de violência no local de trabalho e das suas repercussões na saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

A nível nacional, o quadro legal suporta a promoção de ambientes de trabalho fomentadores da segurança e da saúde dos trabalhadores, através da Convenção N.º 155 sobre a Segurança, a Saúde dos Trabalhadores e o Ambiente de Trabalho, artigo 4º (Ministério Público Portugal, 1981); da Constituição da República Portuguesa, artigo 59.º sobre os Direitos dos Trabalhadores (Diário da República, 1976) e do Código do Trabalho português a Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro (Diário da República, 2009).

A legislação portuguesa regula o dever de avaliação e de prevenção dos riscos psicossociais na base 14 da Lei de Bases da Saúde, no Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, aprovado pela Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro e na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, artigo 71.º (Diário da República, 2009b, 2014, 2019).

O Programa do XXII Governo Constitucional 2019-2023 dá ênfase à necessidade de investir na melhoria das condições de trabalho no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e na promoção da motivação destes profissionais. Este documento identifica as exigências a que os profissionais da área da saúde estão sujeitos e reconhece a necessidade de investimento em políticas de recursos humanos que promovam “organizações saudáveis e seguras, (...) a igualdade de género, o equilíbrio entre vida familiar e profissional, o espaço para o diálogo social e a motivação.” (Diário da República, 2019: 21).

A DGS, na norma nº 11/2020 de 18/04/2020, emitiu um conjunto de orientações no âmbito da saúde mental, onde reforça a importância da facilidade de acesso aos Serviços Locais de Saúde Mental, pelos profissionais de saúde, principalmente aos alocados ao tratamento de doentes com COVID-19. Em situações em que existe um diagnóstico de patologia mental, a Lei nº 36/98, reforça o direito destes se manterem integrados no seu contexto de trabalho, sempre que possível (Diário da República, 1998).

A área dos recursos humanos foi considerada como prioritária no âmbito do despacho nº 6302/2021 de 25 de junho para criação do Grupo de Apoio Técnico à Implementação das Políticas de Saúde (SNS, 2022b) e do Despacho n.º 6417 onde estão definidos os eixos estratégicos da política de recursos humanos do SNS (Diário da República, 2022). Neste último, o papel dos profissionais de saúde é destacado por ser decisivo para a eficácia das organizações de saúde com a complexidade, rigor, exigência que lhes são inerentes.

O Novo Estatuto do SNS e o Plano de Recuperação e Resiliência e preveem uma abordagem integrada dos riscos físicos e psicossociais (Diário da República, 2022).

2.2.1 Risco psicossociais: definição e fatores

Apesar de o conceito de risco psicossocial ser relativamente recente, vários autores da academia e entidades públicas têm conceptualizado acerca da sua definição.

A OMS (1981) definiu os riscos psicossociais no trabalho como fatores com capacidade para interferir com a saúde e o bem-estar do profissional e da equipa. Estes podem ser influenciados por características psicológicas do profissional e por fatores associados à organização do trabalho.

Para a *International Labor Organization* (1986) os riscos psicossociais no trabalho resultam das interações entre fatores associados ao trabalho, nomeadamente o ambiente laboral, o conteúdo, organização e condições organizacionais e os fatores inerentes ao trabalhador, como as suas competências, necessidades, cultura e vida pessoal. Os riscos psicossociais surgem através das perceções e experiências dos profissionais e têm capacidade para influenciar a sua saúde, desempenho e satisfação no trabalho.

A nível nacional, a OPP (2023: 13) concetualiza os riscos psicossociais, em contexto laboral, como “aspectos da organização e da gestão dos contextos sociais e ambientais relacionados com o trabalho, que têm potenciais efeitos negativos do ponto de vista psicossocial.”

A DGS (2021: 11) considera que o “Risco profissional é a combinação da probabilidade de ocorrência de um efeito adverso na saúde do trabalhador (“a consequência de saúde”) e a gravidade do dano no trabalhador, assumindo-se que existe exposição profissional.” Este conceito está relacionado com o de fator de risco, que se trata de uma característica com capacidade para provocar um efeito adverso na saúde do profissional.

No âmbito da academia, Silva, Amaral, Pereira A., Bem-haja, Pereira A., Rodrigues, Cotrim, Silvério e Nossa (2012) argumentam que os riscos psicossociais no trabalho são resultado da interação entre o indivíduo, o seu contexto de vida e as suas condições de trabalho. Estes podem afetar a saúde dos indivíduos e manifestar-se sob variadas formas, sejam elas físicas, emocionais, cognitivas, sociais e comportamentais.

O conceito de risco psicossocial surge num contexto em que “São as múltiplas e diversificadas interações entre o trabalhador, o seu coletivo de trabalho e a organização do trabalho que podem proteger ou degradar a saúde mental.” (Areosa, 2019a: 2). Em situações mais graves, o trabalho pode constituir-se como um dos principais fatores de deterioração da saúde em geral, com um impacto preocupante na saúde mental, podendo mesmo ser considerado um problema de saúde pública (Areosa e Queirós, 2020).

No caso específico das unidades de saúde, a academia tem vindo a demonstrar preocupação relativamente a riscos psicossociais que lhes são característicos. É o caso de Lima, Vala e Monteiro (1988) no seu estudo científico sobre satisfação no trabalho, tendo verificado que um dos fatores que mais a influenciava era a perceção individual acerca da discrepância entre os objetivos e valores pessoais e a resposta da organização a estes.

Areosa (2009b: 3) acrescenta “conflitos entre trabalhadores, agressões físicas ou verbais provenientes de doentes ou acompanhantes, *mobbing*, contacto com situações difíceis, nomeadamente doenças graves ou a própria morte dos doentes”.

A DGS (2021), com base na evidência científica, considerou que os fatores de risco psicossocial podem ser agrupados em quatro categorias distintas (tabela 2.1).

Tabela 2.1 Classificação dos fatores de risco psicossocial.

Fatores de Risco Psicossocial	
Categoria	Exemplos
“natureza, conteúdo e carga de trabalho” *	Tarefas monótonas Tarefas repetitivas Elevado ritmo de trabalho Exigências cognitivas, emocionais ou físicas Falta de autonomia ou de controlo sobre o trabalho desenvolvido Baixa participação/envolvimento nas mudanças Inadequação das competências às atividades desenvolvidas Objetivos difíceis ou impossíveis de alcançar Falta de clareza da função
“condições, organização e tempo de trabalho” *	Ambiente de trabalho com condições inadequadas ou inseguras Equipamentos de trabalho inadequadas, ineficazes ou para os quais os profissionais não têm formação Ordens superiores contraditórias Organização da jornada de trabalho que não respeita a carga horária ou as pausas estipuladas Trabalho por turnos Horários noturnos
“contextos sócio relacionais do trabalho” *	Falta de apoio social por parte do empregador, chefias ou colegas Conflitos laborais Relações de poder e liderança disruptivas Assédio moral e sexual Violência laboral Discriminação Interação conflituosa com clientes, utentes ou alunos
“relação trabalho/vida familiar, social e cultural” *	Incompatibilidade entre o trabalho e a vida pessoal/familiar Precariedade ou instabilidade do vínculo laboral

Fonte: Adaptado de *DGS (2021: 26).

Os riscos psicossociais constituem-se como um desafio para as instituições públicas que prestam cuidados de saúde, que têm vindo a acompanhar a evolução da sociedade e os

emergentes desafios são colocados à sua gestão, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias de *coping* para os riscos psicossociais associados à especificidade das atividades nestas desenvolvidas (DGS, 2021).

2.2.2 As consequências dos riscos psicossociais

No mundo atual, os riscos psicossociais associados ao contexto laboral constituem uma ameaça, que acarreta consequências para o profissional, para a entidade patronal/organização e para a própria sociedade.

As consequências dos riscos psicossociais resultam da interação que os vários riscos presentes no local de trabalho têm entre si e entre outros fatores, de cariz diverso, como biológico, químico e biomecânico. Ou seja, existem características e fatores inerentes ao trabalho desempenhado, ao profissional e à empresa, que interagem de forma dinâmica e complexa entre si (DGS, 2021; Fernandes e Pereira, 2016; Areosa, 2009b).

2.2.2.1 Consequências para o indivíduo e organização

Para a compreensão do impacto dos riscos psicossociais é fundamental a análise das consequências que estes acarretam, tanto para o indivíduo como para a organização.

Ao nível do indivíduo, a literatura reconhece que os riscos psicossociais podem afetar a segurança dos profissionais e a sua saúde física (eg. dores articulares e musculares e articulares, distúrbios do sistema imunitário, cefaleias, problemas cardiovasculares, hipertensão) e mental (eg. perturbações do sono-vigília, *stress* , ansiedade, esgotamento, depressão, *burnout* , perturbações por consumo de substâncias psicoativas) (McEwen, 2022; Sequeira e Areosa, 2020; Fernandes e Pereira, 2016; Kivimäki, Leino-Arjas, Luukkonen, Riihimäki, Vahtera e Kirjonen, 2002).

Estudos realizados por diferentes autores permitiram associar o aumento do risco de doença cardiovascular à exposição prolongada a riscos psicossociais (Fernandes e Pereira, 2016; Habibi, Poorabdian e Shakerian, 2015; Kivimäki *et al.* , 2002; Johnson, Hall, e Theorell, 1989; Johnson e Hall, 1988). Fernandes e Pereira (2016) referem,

também, que os riscos psicossociais podem estimular o consumo de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

As organizações oficiais reconhecem que às consequências para a saúde dos profissionais, acrescem as consequências económicas, associadas por vezes à perda de salário e aos gastos com consultas e tratamentos médicos (OPP, 2023).

Apesar de existir uma multiplicidade de consequências associadas aos riscos psicossociais o *stress*, seguido do *burnout* são os mais mediáticos e têm sido alvo de vários estudos científicos (Sequeira e Areosa, 2020).

O *stress* pode ser causado por experiências que desencadeiam sentimentos de ansiedade e frustração e ser motivado pela pressão em cumprir tarefas num curto espaço de tempo, conflitos, insegurança económica, problemas de saúde, conflitos interpessoais e situações que ameaçam a vida (McEwen, 2022). Este influencia a forma como os profissionais se sentem, pensam e agem. Condiciona a sua capacidade para desempenhar as suas funções, bem como a relação que estabelecem com os outros (McEwen, 2022). Ho, Chang, Shih e Liang (2009) desenvolveram um estudo que comprovou que o *stress* profissional dos enfermeiros pode influenciar negativamente a sua satisfação no trabalho e por conseguinte afetar o compromisso organizacional.

A entidades públicas da área da saúde consideram que o *stress* ocupacional surge quando o profissional sente que as exigências do seu papel profissional são superiores às suas capacidades e aos recursos disponíveis para completar determinada tarefa. A situação oposta, em que as exigências e as expectativas relativamente ao seu desempenho são reduzidas, também pode ser geradora de *stress* no trabalho (OPP, 2023; EUROFOUND e EU-OSHA, 2014).

Um certo nível de *stress* pode ser considerado positivo (*eustress*) porque promove a energia, o foco e consequentemente a qualidade das tarefas desenvolvidas. Quando a pessoa é sujeita a níveis continuados de *stress*, sem que ocorra o descanso necessário para que esta recupere, surge o *distress*, este sim, com consequências negativas para a saúde e desempenho do profissional (DGS, 2021).

O *stress* e ansiedade, apesar de estarem frequentemente associados, são conceitos com contornos diferentes. A DGS (2021) e o Observatório Vasco Sobre Acoso Moral (2012)

consideram que a ansiedade está associada a um sentimento de apreensão ou um estado de medo que surge associado a situações novas, momentos de mudança e experiências de rotura. É expectável que o profissional experiencie sintomas associados à ansiedade quando efetivamente é confrontado com estas situações. Quando estes sintomas surgem sem motivo aparente ou permanecem no indivíduo por um período demasiado prolongado, é um sinal de alerta e se não forem tomadas medidas, a ansiedade pode tornar-se patológica.

A par do *stress*, o *burnout* tem sido foco de atenção para vários autores. Areosa e Queirós (2020) consideram que é possível identificar cada vez mais casos de *burnout* associados ao trabalho e que afetam os profissionais independentemente da posição hierárquica e das funções desempenhadas. Ao contrário das reações agudas de *stress*, que são desencadeadas em resposta a incidentes críticos específicos, o *burnout* é uma reação de *stress* cumulativo desencadeado pela exposição contínua a agentes geradores de *stress* (Maslach e Leite, 2007).

Maslach e Leite (2007) consideram o *burnout* como um conceito multidimensional, que abrange três dimensões principais: a exaustão (sentimentos sobrecarga e esgotamento dos recursos físicos e emocionais), o cinismo (atitude negativa, hostil ou exacerbada ao trabalho) e a ineficácia (sentimento de incapacidade relativamente às tarefas laborais).

O *burnout* diminui a satisfação e o comprometimento do profissional relativamente ao trabalho ou à organização, pelo que os profissionais afetados podem ter um impacto negativo na restante equipa, pelo seu potencial para gerar conflitos interpessoais, perpetuando-se através das relações informais no trabalho (Maslach e Leite, 2007). Este tem associadas consequências para a organização como o absentismo e/ou presentismo, a diminuição da produtividade e da qualidade do trabalho e, por vezes, o abandono do emprego por parte do profissional (Sequeira e Areosa, 2020).

O absentismo é definido pela OPP (2023: 21) como a “ausência intencional e/ou habitual do/a trabalhador/a.”. Na União Europeia, o custo do absentismo e presentismo provocados pela depressão associada ao trabalho é de 270 mil milhões de euros para as entidades patronais (Matrix, 2012).

Quando as faltas ao trabalho se tornam excessivas podem afetar a produtividade e a estabilidade económica da organização. A falta de um profissional leva a uma sobrecarga

de trabalho para os restantes elementos da equipa, aumentando a pressão e fadiga sobre estes. O profissional ausente pode ter de ser substituído por outro que não tem formação ou experiência adequadas à tarefa que irá desempenhar, afetando o normal funcionamento da organização (OPP, 2023).

2.3 Perceção e avaliação do risco

O risco é uma constante no meio em que o ser humano vive e marca presença em todas as fases da sua vida. O seu conceito tem evoluído ao longo dos tempos e tem sido alvo de estudo de várias disciplinas (Bodemer e Gaissmaier, 2015). Beck (1992) apresentou o conceito de “sociedade de risco” ao abordar os riscos de etiologia multidimensional a que a sociedade moderna está sujeita.

Hohenemser, Kates e Slovic (1985), como citado por Bodemer e Gaissmaier (2015), consideram que, de uma forma geral, existem dois fatores comuns na maioria das definições de risco: a probabilidade de dano e a magnitude do dano, seja para o indivíduo, seja para aquilo/aqueles que este valoriza. Lopes (1987) associa o risco a situações em que é tomada uma decisão, cujas consequências dependem de resultados de eventos futuros, cujas probabilidades são conhecidas. Bodemer e Gaissmaier (2015), citando Fischhoff (2009), consideram que no contexto da saúde, o risco refere-se a uma fatalidade, que se pode traduzir na probabilidade de morte, na estimativa de anos de vida perdidos e na mortalidade por pessoa exposta.

Areosa (2009a) considera que as organizações incorporam uma quantidade considerável de riscos que podem comprometer o seu funcionamento, bem como a saúde e segurança dos profissionais que nelas operam, potenciando a ocorrência de acidentes de trabalho. O controlo ou eliminação total destes riscos seria impossível, no entanto importa investir na sua minimização (Areosa, 2012). Apesar de todos os profissionais terem de enfrentar riscos no seu local de trabalho, estes diferem muito de acordo com a profissão e as atividades desenvolvidas (Areosa, 2009b).

A gestão do risco é mais efetiva quando existe uma visão integrada da avaliação do risco e perceção do risco. A avaliação do risco, tem carácter objetivo e é competência da ciência. Estuda as probabilidades associadas às situações de risco, bem como os danos que daí

adivão. Recorre a probabilidades estatísticas, calculadas com base nas causas e características dos fenómenos (Carochinho, 2011; Slovic, 1987). O grau de incerteza associado a este conceito pode ser quantificado nos estudos, através de parâmetros probabilísticos, como o desvio padrão e os intervalos de confiança (Bodemer e Gaissmaier, 2015).

A percepção dos riscos laborais tem caráter subjetivo e está dependente da interpretação individual que os trabalhadores fazem dos riscos a que estão expostos na sua atividade profissional (Areosa, 2012). A percepção do risco sofre a influência, quer das características individuais do profissional, quer de fatores associados ao trabalho, como a cultura e o estatuto social associado à profissão. Estes fatores tendem a condicionar os comportamentos adotados pelos profissionais de uma determinada instituição (Areosa, 2009b). Verifica-se que existem riscos que são mais valorizados em detrimento de outros, apesar do potencial para causar dano ser semelhante ou mesmo superior. O peso significativo da dimensão individual na construção das percepções, impossibilita a atribuição de uma percepção universal a determinado risco (Areosa, 2012).

O conceito de avaliação do risco é mais objetivo comparativamente com o conceito de percepção de risco, não obstante o último é mais relevante no que concerne à adesão a comportamentos preventivos (Carochinho, 2011). Areosa (2012: 59) acrescenta que “integrar as diferentes percepções de risco dos trabalhadores nas análises de riscos é um passo fundamental para o sucesso de um programa de gestão de riscos organizacionais”.

Os riscos em contexto laboral têm sido alvo de estudo e preocupação por vários autores (Areosa, 2009a, 2009b, 2012, 2014; Carochinho, 2011; Hunter, 2002). Hunter (2002) desenvolveu um estudo sobre a percepção do risco e a tolerância ao risco nos pilotos de aeronaves. Areosa (2009b) realizou um estudo de caso sobre a percepção do risco numa unidade hospitalar. Este autor debruçou-se, também, sobre as percepções de riscos ocupacionais no setor ferroviário (Areosa, 2014).

2.4 Modelos de avaliação dos riscos psicossociais

Para a compreensão da influência dos riscos psicossociais nos trabalhadores, é importante a proceder à sua análise à luz de um modelo teórico. Kristensen e Borg em 2000 com a

colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen*, desenvolveram um questionário que permite a avaliação do risco psicossocial numa perspectiva multidimensional, denominado de COPSQII. De acordo com Silva *et al.* (2012), este questionário teve como enquadramento teórico uma perspectiva eclética, o que lhe permitiu abranger um vasto leque de conceitos e teorias atuais.

Este questionário foi criado com base no Modelo Exigência-Controle (*Demand-Control Model* ou *Job Strain Model*), criado por Karasek em 1979, sendo que, em 1989, Johnson e Hall adaptaram este modelo acrescentando a dimensão do apoio social, surgindo assim, o Modelo Exigência-Controlo-Suporte. O COPSQ Internacional Network (2022) também integra o Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (*Effort-Reward Imbalance*), proposto por Johannes Siegrist (1996).

Apesar de ser relevante seguir e analisar os modelos teóricos, na perspectiva de Babbie (2016), os paradigmas e as teorias que orientam a investigação, apesar de terem influência na seleção do que é observado e de como é interpretado, não condicionam as conclusões obtidas, desde que corretamente aplicados.

2.4.1 Modelo de Exigência-Controlo

O Modelo de Exigência-Controlo foi definido por Karasek (1979). Este modelo considera que a tensão física e mental associada ao trabalho resulta da interação entre duas dimensões de trabalho cruciais, o controlo e as exigências.

O controlo está associado ao poder que o profissional tem de tomar decisões sobre o seu trabalho e à possibilidade de ser criativo e de usar ou desenvolver novas competências (Araújo e Karasek, 2008). As exigências de trabalho abrangem aspetos físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais relacionados com o trabalho que requerem esforço físico e/ou psicológico. Podem ser quantitativas, estando associadas à sobrecarga de trabalho ou qualitativas, associadas a fatores emocionais (Schaufeli e Bakker, 2004).

A elevada exigência psicológica no local de trabalho está relacionada com um ritmo elevado de trabalho, carga excessiva de trabalho, requisitos mentais exigentes, restrições impostas ao profissional e existência de ordens contraditórias (Araújo e Karasek, 2008).

As exigências do trabalho não têm um cariz necessariamente negativo, mas podem causar *stress*, quando requerem um esforço demasiado elevado e os recursos disponíveis são insuficientes para lhe fazer face (Schaufeli e Bakker, 2004; Kivimäki *et al.*, 2002).

A conjugação de um controlo com excessivas exigências, está associada ao desgaste mental dos trabalhadores e consequentemente à sua insatisfação no trabalho. As situações em que o controlo acompanha positivamente as exigências laborais têm um impacto positivo na motivação e satisfação do profissional e estimulam a sua aprendizagem. O autor considera que redesenhar os processos de trabalho, de forma a permitir uma maior latitude de decisão por parte dos profissionais, permite reduzir a sua tensão mental, sem afetar as exigências do trabalho e a produtividade organizacional.

2.4.2 Modelo de Exigência-Controlo-Suporte

Posteriormente, em 1988, Johnson e Hall incorporam a dimensão social no modelo anterior, valorizando a influência do suporte (apoio social), em contexto laboral, tanto por parte dos pares como dos superiores hierárquicos. Estes autores consideram que as exigências laborais, o controlo do trabalho e o suporte têm capacidade de influenciar o bem-estar físico dos trabalhadores.

Quando se verifica a existência de elevadas exigências, mas simultaneamente existe um maior controlo, autonomia e apoio social no local de trabalho, são criadas condições de trabalho mais favoráveis. Pelo contrário, em situações onde existe menor suporte social estão associadas à prevalência de níveis mais elevados de tensão e *stress* associado ao trabalho (Johnson *et al.*, 1989).

2.4.3 Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa

O Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa foi desenvolvido por Siegrist (1996). Este modelo considera a existência de uma troca social formal, que envolve um contrato de reciprocidade entre o esforço despendido e as recompensas recebidas.

As recompensas englobam fatores tão diversos, tais como, recompensas monetárias, reconhecimento, perspectivas de promoção na carreira e estabilidade laboral. Quando estes contratos não são simétricos, verificando-se um desequilíbrio caracterizado por alto esforço e baixas recompensas, podem ser desencadeadas emoções negativas, tensão e *stress*, com consequentes efeitos negativos para a saúde física e psíquica do profissional. Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot, Niedhammer, e Peter (2004) consideram que os contratos assimétricos são frequentes numa economia global caracterizada por insegurança no emprego, mobilidade ocupacional forçada, contratos precários e aumento da concorrência salarial.

Este modelo pressupõe a existência de dois tipos de fatores, extrínsecos e intrínsecos, que determinam a percepção do esforço-recompensa no trabalho. Os fatores extrínsecos estão relacionados com as exigências e as recompensas no trabalho. Por seu turno, os fatores intrínsecos correspondem à motivação e às expectativas e às características pessoais do profissional. A componente intrínseca determina a existência de uma dedicação elevada por parte do profissional, associada a uma necessidade elevada de aprovação (Siegrist *et al.*, 2004).

2.4.4 Estudos empíricos sobre a avaliação dos riscos psicossociais

Desde meados da década de 1960, têm sido desenvolvidas várias abordagens teóricas e modelos explicativos do ambiente psicossocial no trabalho e da sua influência na saúde dos profissionais (Utzet *et al.*, 2015). Mais recentemente, o COPSOQ tem vindo a ser usado em estudos e trabalhos científicos tanto a nível internacional como nacional, permitindo a comparação entre dados colhidos em contextos bastante heterogéneos (COPSOQ Internacional Network, 2022).

Andreassen e Eriksen (2013) desenvolveram uma investigação científica que pretendia descrever as condições de trabalho dos oncologistas na Dinamarca. Recorrendo à versão curta do COPSOQ II, realizaram uma análise comparativa dos resultados com os de outro estudo semelhante que decorreu em 2006. Concluíram que, apesar de se verificar uma melhoria substancial das condições de trabalho nesse período temporal, existiam aspetos do ambiente de trabalho psicossocial que requeriam atenção, ao nível das demandas quantitativas, emocionais, ritmo de trabalho, influência, *burnout* e *stress*.

Freimann e Merisalu (2015) utilizaram o COPSOQII num estudo sobre os fatores de risco psicossociais associados ao trabalho e a sua relação com problemas de saúde mental num grupo de enfermeiros de um hospital na Estônia. Os investigadores recorreram a métodos de estatística descritiva e à correlação r de *Pearson* com correção sequencial de *Bonferroni* para analisar os dados. O estudo permitiu confirmar a existência de correlação entre determinados fatores de risco psicossociais e elevados níveis de *stress*, *burnout* e problemas de saúde mental.

Ismail, Malak e Alamer (2019) realizaram um estudo científico transversal aplicado num grupo de enfermeiras jordanianas que trabalhavam na emergência hospitalar. Pretendia estudar a correlação entre a fadiga associada ao trabalho e os fatores psicossociais. Os autores através da utilização da Escala de Fadiga, Exaustão e Recuperação Ocupacional e ao COPSOQ II, verificaram que os principais preditores de fadiga associada ao trabalho foram as exigências quantitativas e o assédio sexual.

Nikolic e Višnjic (2020) recorreram COPSOQ II (versão curta) conjuntamente com o *Work Ability Index Questionnaire* para estudar a relação do *mobbing* e da violência no trabalho com a capacidade de trabalho entre médicos de um serviço de emergência na Sérvia. Através da utilização da análise de regressão linear para avaliação da influência dos fatores examinados no índice de capacidade para o trabalho, identificaram a presença de assédio moral e de violência no local de trabalho e respetivo impacto negativo na qualidade dos cuidados de saúde.

Coelho e Neto (2022) realizaram um estudo com objetivo de analisar as condições psicossociais associadas ao trabalho de profissionais de uma Unidade de Cuidados Continuados. Foi aplicado o Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho proposto por Hernâni Veloso Neto em 2013, que engloba a versão média do COPSOQ. Verificou-se que, maioritariamente, a exposição aos fatores de risco era moderada ou baixa, sendo que as dimensões que constituem risco para a saúde dos trabalhadores são as exigências cognitivas e emocionais na equipa de pessoal técnico e as exigências emocionais e a influência no trabalho nos assistentes operacionais.

No estudo de Souto, Brito e Pereira (2022) foi avaliada a exposição a fatores de risco psicossociais, através do COPSOQ III, níveis de *distress* e resiliência, numa amostra composta por 208 enfermeiros, durante o período da pandemia. Os autores concluíram

que dos 208 enfermeiros inquiridos, 56,3% apresentava níveis de *distress* elevados, sendo que apenas foram identificados níveis de resiliência satisfatórios em 15,9% dos participantes.

Verifica-se, assim, que os estudos empíricos sobre esta temática se intensificaram nas últimas duas décadas, no entanto, após a crise económica de 2008 e a pandemia em 2020, o interesse da academia sobre o estudo dos riscos psicossociais aumentou consideravelmente, principalmente em contexto de unidades de saúde. Os estudos, na sua maioria transversais, têm maior foco sobre os cuidados de saúde hospitalares, e após a pandemia sobre os serviços de internamento COVID. Verifica-se que há necessidade de aprofundar o tema dos riscos psicossociais ao nível dos CSP, considerando que os estudos existentes integram este nível de cuidados em conjunto com os cuidados hospitalares. Perante o reduzido foco no contexto dos CSP, considera-se que o presente estudo poderá trazer contributos importantes para a academia através da realização de um estudo de caso sobre os riscos psicossociais no contexto de uma UCSP, acrescentando, deste modo, valor ao conhecimento científico.

2.5 Gestão dos riscos psicossociais

Atualmente, verifica-se a preocupação de várias entidades públicas e autores em relação ao investimento na gestão dos riscos psicossociais associados aos locais de trabalho.

Apesar de cada vez mais as convenções internacionais visarem a promoção e proteção da saúde física e psicológica dos profissionais, vários autores verificam que a implementação de medidas, neste âmbito, ainda é muito escassa (Jain, Torres, Teoh e Leka, 2022; Hassard, Thomson e Blake, 2021; EUROFOUND e EU-OSHA, 2014). Dados do Segundo Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes, onde foram avaliados os procedimentos e medidas implementadas para a gestão dos riscos psicossociais, revelaram que Portugal ocupou o 29º lugar relativamente à gestão dos riscos psicossociais, estando consideravelmente abaixo da média europeia (EU-OSHA, 2018b).

A academia reforça que as organizações incorporam uma quantidade considerável de riscos, cujo controlo ou eliminação total seria impossível. No entanto, é possível aplicar

medidas, no sentido de manter os riscos presentes no local de trabalho num nível aceitável (Areosa, 2009a). Almeida (2021: 13) acrescenta que “a organização necessita de estar alinhada em torno de definições estratégicas claras, sustentadas por uma gestão com um amplo envolvimento e participação.” A referida autora enaltece, ainda, a importância do compromisso, do respeito mútuo e de uma comunicação aberta com as equipas de colaboradores, como meio para alinhar os elementos da instituição para o alcance dos objetivos definidos.

Na literatura são sugeridas várias medidas para a gestão dos riscos psicossociais, no entanto, a DGS (2021) considera que não existe uma solução *standard* para agir perante esta problemática.

As organizações públicas alocadas à área da saúde e do trabalho corroboram esta ideia e defendem que a decisão sobre a forma mais adequada de intervir e de promover um bom ambiente de trabalho deve ser tomada por cada organização, em consenso, compromisso e colaboração entre os gestores e os restantes profissionais da cadeia hierárquica (EU-OSHA, 2018a; EUROFOUND e EU-OSHA, 2014; European Network Workplace Health Promotion, 1997). Na seleção do tipo de programa a implementar numa determinada organização devem ser consideradas as suas necessidades, os objetivos específicos que se pretendem atingir, bem como os recursos que estão disponíveis (Matrix, 2012).

A OPP (2023: 10) defende a importância da criação de “Locais de Trabalho Saudáveis”, que promovam a saúde física e psíquica dos profissionais. Para atingir este objetivo, é fundamental a avaliação regular e sistematizada dos riscos psicossociais nas organizações, com recurso a ferramentas que permita realizar uma análise do ambiente psicossocial, da saúde física e psíquica e do bem-estar em contexto laboral. A DGS (2021) acrescenta que este investimento na gestão promove a satisfação dos profissionais e estimula a produtividade, a inovação e a sustentabilidade da organização.

Em termos económicos, a gestão dos riscos psicossociais no local de trabalho é considerada por muitos autores como um investimento. Matrix (2012) desenvolveu um estudo com o objetivo de realizar uma análise económica de programas de promoção da saúde mental e de prevenção de doenças mentais nos locais de trabalho. Verificaram que os benefícios económicos líquidos gerados por estes programas podem variar entre 0,81€ e 13,62€ por cada 1€ investido no programa. Hassard *et al.* (2021) defendem que a

consciencialização do custo financeiro da doença mental e do *stress* associados ao trabalho é um importante ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções centradas na saúde e nas diretrizes das políticas públicas. Moura (2021) destaca que através da aplicação de um programa de capacitação para a gestão dos riscos psicossociais, verificou-se uma redução do absentismo em 0.73 dias/pessoa/mês e consequente um benefício económico de €31.14, sendo que o investimento realizado foi de €23.54 por pessoa/mês.

2.6 Unidades públicas de saúde

O SNS abrange uma rede de serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de Saúde, tuteladas pelo Ministério da Saúde, que englobam os agrupamentos de centros de saúde, os cuidados hospitalares e as unidades locais de saúde. É através do SNS que o Estado Português garante o direito dos cidadãos à proteção da saúde (SNS, 2021).

2.6.1 A UCSP de Mértola

O Centro de Saúde alvo de estudo, constituído pela UCSP, é uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários, que integra a ULSBA. A ULSBA, EPE é uma entidade pública de natureza empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde (anexo A), criada por Decreto-lei n.º 183/2008, de 4 de setembro e que apresenta autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial (SNS, 2016; Diário da República, 2008b). Esta entidade integra e articula três níveis de cuidados, os CSP, os Cuidados de Saúde Diferenciados e os Cuidados Continuados Integrados, visando uma maior eficiência dos mesmos e a prestação de cuidados de saúde de qualidade (Diário da República, 2008b).

A nível dos CSP, o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Alentejo, é constituído por 13 Centros de Saúde, uma Unidade de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Centro de Aconselhamento de Detecção.

Os Centros de Saúde são unidades públicas de saúde, que prestam cuidados e desenvolvem estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença. A sua intervenção é abrangente e a sua equipa multidisciplinar é constituída por técnicos de áreas bastante diferenciadas. Estas instituições podem ser tanto a primeira linha de abordagem aos utentes, como os prestadores de cuidados após intervenção noutros serviços especializados. O seu público alvo abrange tanto o indivíduo, como a família e a comunidade (DGS, 2015).

A UCSP estudada iniciou a sua atividade a 19 de março de 2007 e perspetiva a prestação de cuidados de proximidade nas vertentes da prevenção, tratamento e reabilitação dos seus utentes. Tem como área de influência um dos concelhos do distrito de Beja – o concelho de Mértola. O seu horário de funcionamento é nos dias úteis das 9 horas às 19 horas e aos fins-de-semana e feriados das 9 horas às 15 horas.

No Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários é apresentada como missão desta unidade funcional “Garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade, personalizados, acessíveis e equitativos à população inscrita na unidade de acordo com as estratégias nacionais, regionais e locais” (SNS, 2022a, para. 1). A sua visão almeja a “Excelência na prática de modo a obter ganhos em saúde da população por si servida no respeito pela equidade, acessibilidade e qualidade das prestações” (SNS, 2022a, para. 2). Relativamente aos valores baseiam-se no “Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; acessibilidade e equidade de cuidados; qualidade técnica; trabalho em equipa no respeito pela multidisciplinariedade.” (SNS, 2022a, para. 3).

O Concelho de Mértola ocupa uma extensão de 1292 km² e tem 6205 habitantes distribuídos por 7 freguesias (Câmara Municipal de Mértola, 2021; Instituto Nacional de Estatística, 2021). Devido à dispersão populacional a unidade de saúde dispõe de uma Extensão de Saúde localizada na aldeia da Mina de São Domingos, o que permite uma maior acessibilidade dos seus utentes aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2021).

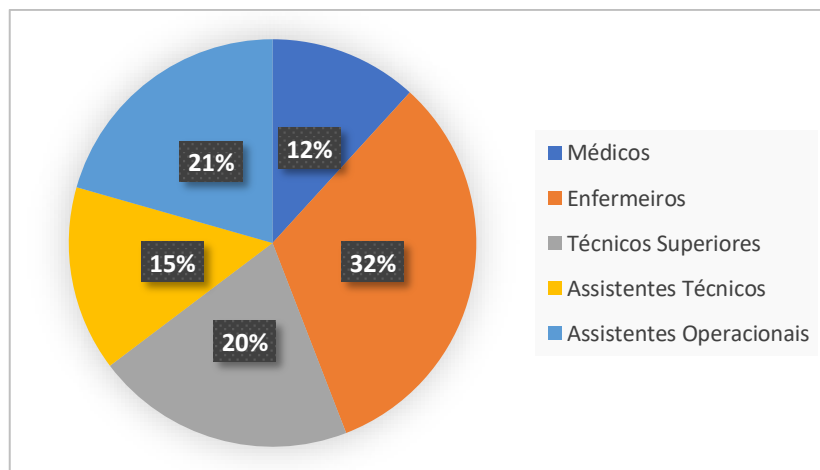
Para além da dispersão demográfica, o Ministério da Saúde (2021) identifica o envelhecimento da população como outro grande desafio para os serviços de saúde. Esta resulta num aumento da incidência de patologias crónicas e incapacitantes que implicam uma adaptação da capacidade de resposta dos cuidados de saúde. Dos 13 concelhos da área de influência da ULSBA, EPE, os detentores de um grau mais elevado

de envelhecimento são os concelhos de Mértola e de Ourique, onde estão registados mais de 300 idosos por cada 100 jovens.

Na UCSP do concelho de Mértola, em 2022, estavam inscritos 5148 utentes na sede, sendo que 230 utentes não têm médico de família atribuído e 4918 utentes estão integrados nas listas afetas aos médicos de família da instituição. Acrescem 796 utentes inscritos na extensão da Mina de São Domingos o que perfaz um total de 5944 utentes inscritos (SNS, 2022a).

Esta UCSP, enquanto unidade funcional do ACES, é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e interage em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES (Diário da República, 2008b; SNS, 2023). A equipa multidisciplinar de Mértola é constituída por 34 profissionais de várias áreas. Integram na equipa 11 profissionais de enfermagem (Gráfico 2.1), 4 dos quais enfermeiros especialistas; 4 médicos; 5 assistentes técnicos; 7 assistentes operacionais e 7 técnicos superiores de saúde (1 assistente social, 1 psicóloga, 1 terapeuta fala, 1 fisioterapeuta, 1 higienista oral, 1 dietista, 1 técnica de saúde ambiental). Destes últimos existem 5 técnicos e uma enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia afetos à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, motivo pelo qual exercem funções no Centro de Saúde a tempo parcial.

Figura 2.1 Equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola.

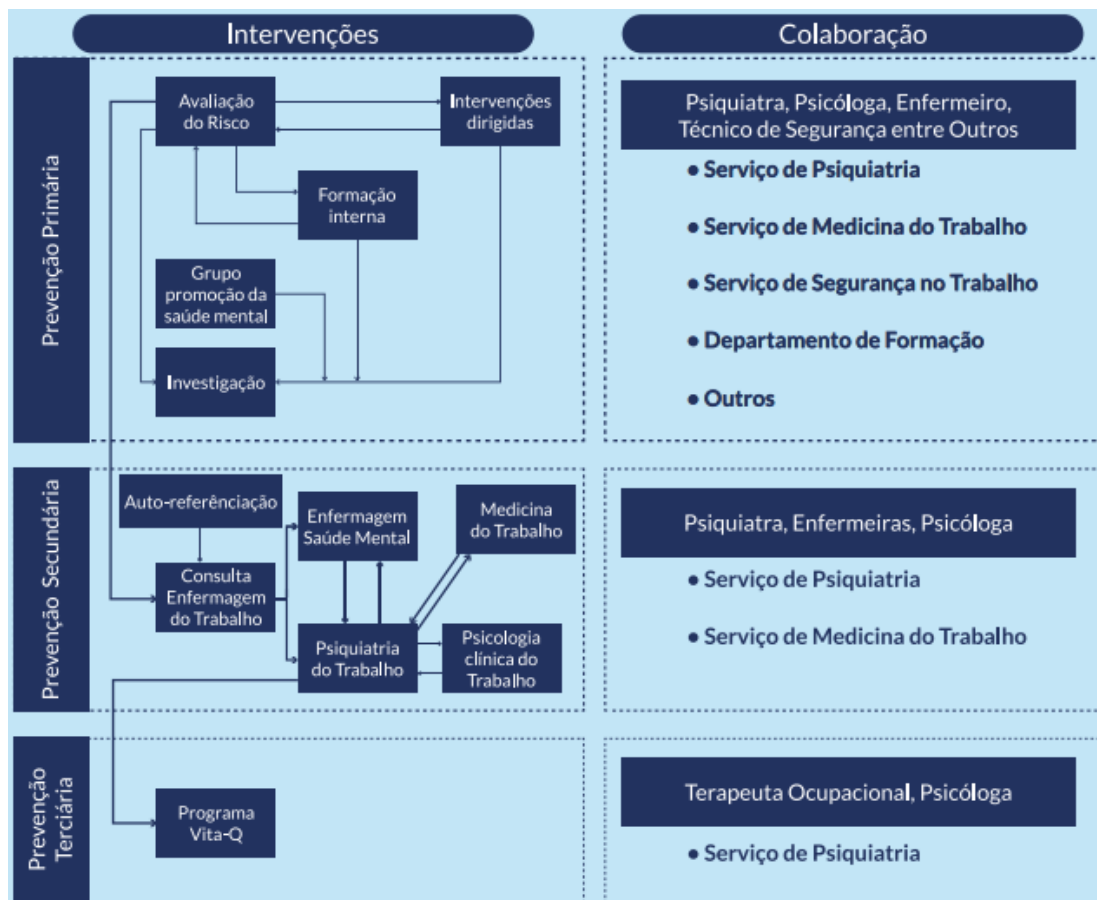


Fonte: Elaboração própria com base na recolha documental.

Os riscos psicossociais presentes nas UCSP são, frequentemente, comuns com os riscos identificados noutra tipo de unidades de prestação de cuidados de saúde. No entanto, as suas características específicas das UCSP, relacionadas com o facto de serem

frequentemente a primeira abordagem aos utentes, de oferecerem um leque diversificado de cuidados de saúde requerentes de elevada especialização dos profissionais em áreas muito distintas e de implicarem a prestação de cuidados diretamente nas comunidades, podem estar associadas a riscos psicossociais específicos, que lhes são caraterísticos. Para além disso, a contratualização dos CSP imprime forte pressão nos profissionais para atingirem os objetivos propostos.

Figura 2.2 Fluxograma do ProGerPsi



Fonte: Moura (2021).

No âmbito da gestão dos riscos psicossociais, foi desenvolvido na ULSBA um programa com o objetivo de reduzir o seu impacto, promover a qualidade de vida dos trabalhadores e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o Programa de Gestão Integrada de Riscos Psicossociais nos Profissionais (ProGerPsi). Moura (2021:5) caracteriza-o como “um corpo abrangente de intervenções baseadas na evidência desenvolvido pelos profissionais da instituição, para os profissionais da instituição, desde 2017.” A equipa multidisciplinar alocada ao projeto engloba profissionais de áreas como a psiquiatria, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e segurança e

saúde do trabalho. O PROGERPSI desenvolve atividades no âmbito dos três níveis de prevenção (figura 2.2).

Destaca-se o Programa Vita Q (Qualidade de Vida no Trabalho), direcionado para trabalhadores com critério clínico em termos de saúde mental. O programa tem a duração de três meses, com uma carga horária de duas horas por semana, nas quais uma equipa de psicólogos clínicos dinamiza atividades em grupo vocacionadas para a reabilitação.

O equipa responsável pelo projeto desenvolveu estratégias com o objetivo de reduzir o estigma e promover o sigilo, pelo que as consultas e outras atividades clínicas são desenvolvidas no Serviço de Medicina do Trabalho e os registos clínicos são efetuados num programa informático, ao qual os outros profissionais da instituição não têm acesso (Moura, 2021).

3 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O planeamento da investigação é o passo que antecede a execução do estudo e deve ser realizado de forma criteriosa e fundamentada. Nesta fase é determinado o objeto/fenómeno alvo de estudo, a sua pertinência e a abordagem metodológica utilizada para a concretização dos objetivos propostos. Para se estudar um determinado fenómeno existem várias metodologias de investigação distintas que poderão ser adequadas, competindo ao investigador determinar a opção metodológica que irá tomar (Babbie, 2016; Yin, 2014; Fortin, 2009).

3.1 Problema de investigação

Na literatura tem vindo a ser evidenciado o impacto dos riscos psicossociais, quer na saúde e bem-estar dos profissionais, quer no desempenho e produtividade das organizações. Simultaneamente, as entidades públicas nacionais e internacionais, têm demonstrado preocupação com esta temática, o que tem sido perceptível pela criação de normas e diretrizes. Os riscos psicossociais e os desafios que estes impõem à gestão das unidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, constituem um tema atual, que pela sua importância e pertinência motivaram a realização do presente estudo.

Almeja-se que deste estudo possam advir ações de gestão direcionadas que resultem em benefícios para a instituição onde foi realizado o estudo, uma vez que, identificadas situações problemáticas, serão apresentadas estratégias e propostas para a sua gestão.

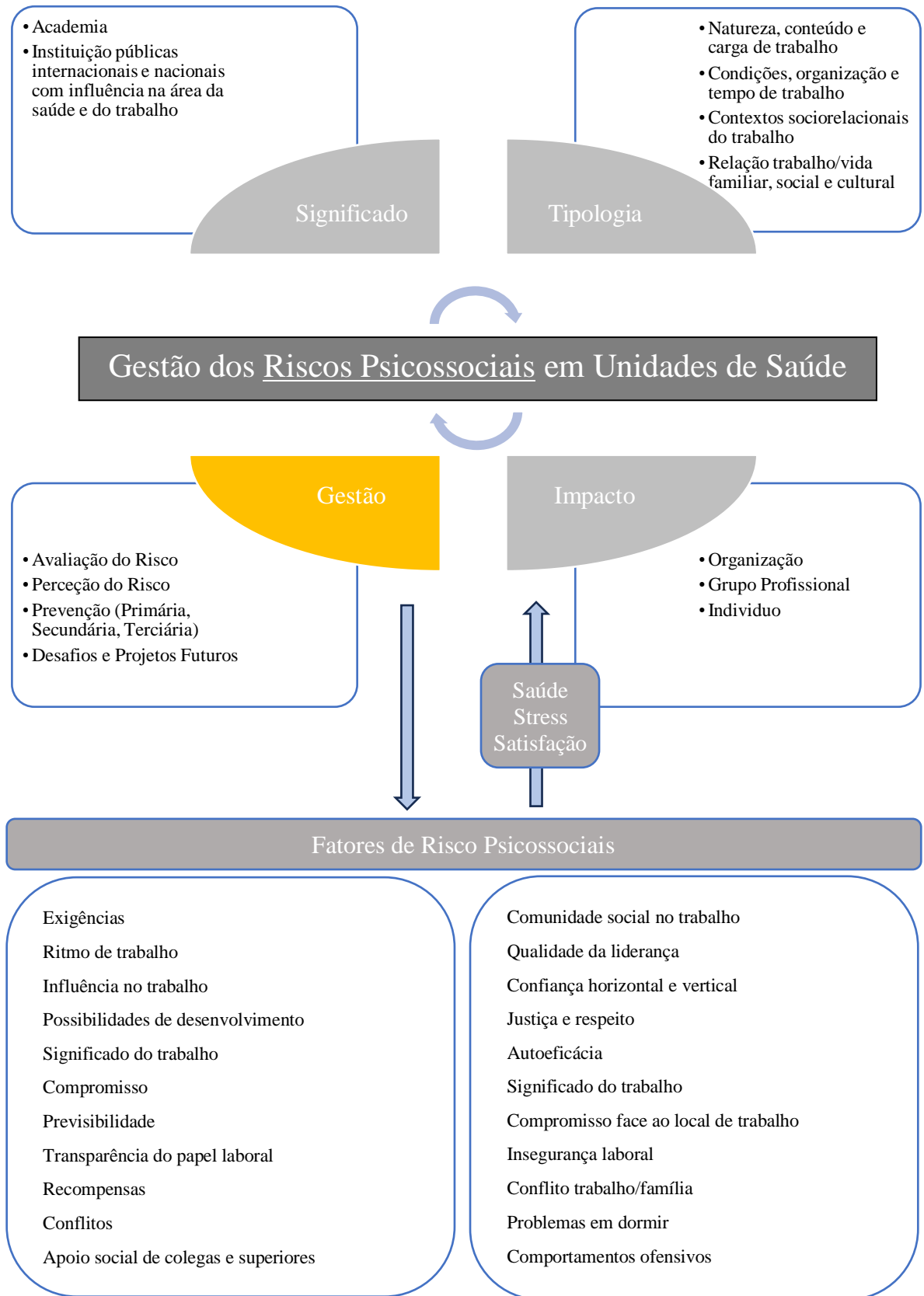
Perante esta problemática, foi formulada a seguinte pergunta de investigação: Quais os fatores de risco psicossociais relacionados com o trabalho aos quais os profissionais estão expostos, os seus impactos e a sua importância na gestão da UCSP de Mértola?

Em alinhamento com a pergunta de investigação, foi definido como objetivo geral compreender os fatores de risco psicossociais relacionados com o trabalho aos quais os profissionais estão expostos, os seus impactos e a sua importância na gestão da UCSP de Mértola.

Para a concretização deste objetivo, foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola;
- 2) Conhecer e analisar a perceção dos profissionais sobre os riscos psicossociais associados ao trabalho e as alterações relacionadas com a saúde, *stress* e satisfação;
- 3) Aferir a existência de correlações entre as características sociodemográficas e profissionais e os fatores de risco psicossociais;
- 4) Conhecer e analisar a perceção de elementos da ULSBA, com funções ao nível da gestão dos riscos, sobre o significado, os fatores e o impacto dos riscos psicossociais ao nível organizacional, individual e grupo profissional;
- 5) Conhecer e analisar a perceção de elementos da ULSBA, com funções ao nível da gestão dos riscos, sobre a importância atribuída à gestão dos riscos psicossociais;
- 6) Identificar as ações e medidas de apoio ao nível da gestão dos riscos psicossociais;
- 7) Identificar os desafios e os projetos futuros ao nível gestão dos riscos psicossociais;
- 8) Formular recomendações estratégicas de intervenção na área da gestão dos riscos psicossociais.

Figura 3.1 Modelo de análise do estudo.



Fonte: Elaboração própria com base na revisão da literatura.

A investigação foi desenvolvida com base no modelo de análise (figura 3.1), onde se encontram sistematizadas os conceitos e as dimensões centrais inerentes à temática e aos objetivos propostos.

3.2 Tipo e desenho do estudo

Para dar resposta à pergunta de investigação e aos objetivos do estudo, optou-se pelo estudo de caso único. Conforme definido por Yin (2014), trata-se de uma investigação de corte transversal que procura investigar um fenómeno atual no seu contexto real – a UCSP de Mértola.

Assim, o presente estudo de caso é particular – focalizado numa determinada situação e contexto, descritivo – o produto final é uma descrição “rica” e “rigorosa” do caso que constitui o objeto de estudo e porque “implica estudar, compreender e explicar a situação atual” desse mesmo objeto e correlacional – procura “averiguar se existe ou não relação entre duas ou mais variáveis quantificáveis” (Carmo e Ferreira, 2008: 231, 236, 238).

O presente estudo pode ser caracterizado como um estudo de corte transversal, do tipo descritivo e correlacional. Considera-se descritivo porque, tal como descreve Yin (2014), pretende descrever um determinado fenómeno no contexto real em que ocorre. A correlação representa uma relação empírica entre duas variáveis, onde as mudanças ocorridas numa delas estão associadas a mudanças na outra, ou os atributos particulares de uma variável estão associados aos atributos da outra. Correlação, por si só, não constitui uma relação causal entre as duas variáveis, mas antes é um critério de causalidade (Babbie, 2016).

Na perspetiva de Rios (2021), o estudo de caso é um método de pesquisa qualitativa que permite compreender diferentes contextos e realidades através do estabelecimento de relações entre os fenómenos investigados e as conclusões obtidas. Yin (2014) acrescenta que a utilização de modelos lógicos, no estudo de caso, pode auxiliar a esclarecer os resultados porque a técnica de análise consiste em comparar os eventos observados empiricamente com eventos teoricamente previstos.

O estudo de caso é composto por seis fases: conceção do plano de pesquisa, design, preparação, colheita de dados, análise e relatórios (Yin, 2014).

3.3 População-alvo

O estudo incidiu sobre dois grupos populacionais. O primeiro grupo integra os profissionais que integram a Equipa Multidisciplinar da UCSP do concelho de Mértola, pertencente ao ACES do Baixo Alentejo e que está integrada na ULSBA. Como critério de inclusão e de forma a alcançar diversidade, pretendeu-se envolver todos os membros da equipa multidisciplinar da unidade funcional, pertencentes aos diferentes grupos profissionais: assistente técnico, assistente operacional, médico, enfermeiro e técnico superior. O segundo grupo envolveu três elementos da ULSBA com funções relevantes, em termos de gestão dos riscos psicossociais, que desenvolvem a sua atividade profissional em áreas diferenciadas: um elemento com funções de gestão; um elemento em funções na USP e um elemento da coordenação do ProGeRpsi. A seleção destes elementos foi determinada por critérios, tais como: a relevância para o estudo e a diversidade, pelo que se incluiu diferentes áreas profissionais e departamentos. Estes critérios permitiram a abordagem do tema dos riscos psicossociais sob diferentes perspetivas.

O facto de o estudo incidir sobre uma organização com um número relativamente reduzido de colaboradores, acarretou o risco de que os elementos da população eventualmente não se sentissem confortáveis ao responder ao questionário, receando que pudesse ser feita alguma correspondência das respostas ao participante. Apesar de todos os potenciais participantes terem sido devidamente esclarecidos sobre o âmbito e objetivos do estudo e de terem sido dadas garantias de anonimato e confidencialidade, houve dois elementos da equipa que optaram por não participar.

Uma forma de se colmatar este receio teria sido a eliminação das questões sobre dados sociodemográficos e profissionais do questionário, onde é possível identificar os participantes por faixa etária, grupo profissional e sexo. Porém, considerou-se que estes dados se revestiam de elevada relevância no contexto do estudo, permitindo analisar possíveis correlações entre estes dados e os fatores de risco psicossociais.

Os questionários foram aplicados a 31 profissionais de saúde da referida UCSP, correspondendo a uma taxa de resposta de 93,94%. A taxa de recusa de participação no estudo foi de 6,06%. Considerando que a autora integra a equipa multidisciplinar, mas

que não considerou eticamente correto ser investigadora e, simultaneamente, parte do estudo, foram apenas considerados os 33 restantes elementos da equipa.

3.4 Local e período de colheita de dados

A recolha de dados ocorreu no período temporal compreendido entre 10 de julho e 20 outubro de 2022.

Os questionários foram aplicados no espaço físico da UCSP, contexto laboral da autora, facilitando o acesso aos participantes. Foi disponibilizada a sala de reuniões para que os participantes pudessem proceder ao seu preenchimento num espaço reservado e sem interferências externas.

Para a aplicação das entrevistas ao segundo grupo de participantes, a investigadora deslocou-se ao local de trabalho dos participantes, ou seja, ao ACES, ao Departamento de Psiquiatria da ULSBA e USP. As entrevistas decorreram num espaço reservado com as condições necessárias à sua realização.

3.5 Técnicas de recolha de dados

Para a realização do estudo de caso foi necessário combinar uma diversidade de métodos de recolha de dados. De acordo com as questões de investigação e os objetivos definidos, optou-se pela combinação de técnicas de natureza quantitativa e qualitativa, nomeadamente a entrevista, o questionário, as conversas informais e a recolha documental.

3.5.1 Questionário

Optou-se pela utilização do questionário por ser um instrumento flexível, fácil de aplicar, com custos reduzidos, de elevada fiabilidade e que permite realizar comparações dos dados obtidos entre os diferentes elementos da amostra. O questionário tem como

finalidade “recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009: 380).

O questionário utilizado foi constituído por dois instrumentos distintos (apêndice 1), sendo que o primeiro permitiu recolher informação sobre os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e o segundo, o COPSQII, possibilitou captar as perceções dos inquiridos sobre os riscos psicossociais. Optou-se pela aplicação da versão média do questionário, constituída por 28 dimensões e 76 perguntas (anexo B), conforme sugerido por Silva *et al.* (2012), é a versão indicada para a aplicação por profissionais de saúde ocupacional para a avaliação do risco, planificação e inspeção.

A recolha de dados sociodemográficos e profissionais permitiu, por um lado, caracterizar a equipa da unidade funcional e, por outro, verificar a existência de correlações entre determinadas características sociodemográficas e profissionais e os fatores de risco psicossociais (Ferreira *et al.*, 2001).

A opção pela utilização do COPSQ prendeu-se com a adequação aos objetivos da investigação e ao facto de estar validado e aferido para a população portuguesa, permitindo a comparação dos resultados aos de outros estudos já publicados. Este instrumento permitiu avaliar os fatores psicossociais, numa perspetiva abrangente e multidimensional, sendo adequado a pesquisas em contexto laboral e para planeamento de intervenções.

O COPSQ II divide-se em duas partes, uma relacionada com as características do trabalho (variáveis independentes) e outra com a qualidade de vida (variáveis dependentes). O questionário permite identificar riscos psicossociais (indicadores de exposição) e alterações relacionadas com a saúde, *stress* e satisfação associadas ao trabalho (indicadores de efeito) (Silva *et al.*, 2012).

Os itens contemplados neste questionário são ponderados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos. As escalas de medida constituem um instrumento eficaz na avaliação de variáveis psicossociais, traduzindo frequência/intensidade no qual um indivíduo apresenta determinada característica, permitindo identificar motivações e traços de personalidade (Fortin, 2009).

O COPSOQ está disponível em mais de 25 idiomas e tem sido usado como instrumento de avaliação de fatores de riscos psicossociais, tanto por empresas como por investigadores da comunidade científica. Atualmente, já se encontra disponível a versão mais recente do questionário, o COPSOQ III, desenvolvida como resposta a novas características inerentes aos ambientes de trabalho, a conceitos teóricos e à experiência internacional (COPSOQ Internacional Network, 2022; Burr, Berthelsen, Moncada, Nübling, Dupret, Demiral, Oudyk, Kristensen, Llorens, Navarro, Lincke, Bocéréan, Sahan, Smith e Pohrt, 2019).

Optou-se pela aplicação de um questionário autoadministrado, com respostas fechadas, pela facilidade de codificar as respostas e de realizar a sua análise estatística, gerando dados com elevada fiabilidade. Considerando que a investigação aborda assuntos sensíveis, a opção por esta tipologia de perguntas pode impulsionar uma taxa de resposta mais elevada.

Previamente à aplicação definitiva dos questionários considerou-se relevante realizar um pré-teste, para aferir a eficácia e o valor do questionário, aplicando-o a 25% dos profissionais da equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola, distribuídos pelas respetivas classes profissionais. A percentagem escolhida de pré-testes, sendo elevada comparativamente a alguns outros estudos, prendeu-se com o facto de o número de elementos da equipa ser relativamente reduzido, pelo que a opção pela aplicação de um número inferior de questionários poderia não fornecer o feedback necessário à compreensão do instrumento.

Na sequência da aplicação do pré-teste não foram identificados constrangimentos ao nível da sua compreensão por parte dos participantes, pelo que estes questionários foram considerados válidos para o estudo.

3.5.2 Entrevista

Recorreu-se também à aplicação de entrevistas a três elementos da ULSBA, com funções relevantes em termos de gestão dos riscos psicossociais, que desenvolvem a sua atividade profissional em áreas diferenciadas: funções de gestão, funções na USP e o coordenação do ProGeRPsi. Aos participantes nas entrevistas foi atribuído o código E_Gestor, E_USP

e C_ProGerPsi, respetivamente. As entrevistas a estes elementos visaram compreender e comparar diferentes perspetivas sobre a temática dos riscos psicossociais. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, presenciais, com recurso a guião (apêndice 2).

Fortin (2009) considera que a entrevista tem três funções principais: compreender a perceção dos entrevistados relativamente a um determinado fenómeno, servir como principal ferramenta de medida e constituir-se como complemento aos demais instrumentos de colheitas de dados utilizados. Miller e Glassner (2011), citados por Yeo, Legard, Keegan, Ward, Nicholls e Lewis (2014), reconhecem que o conhecimento obtido através da realização de entrevistas resulta da interação entre o entrevistador e o entrevistado, num determinado contexto. Apesar disso, os autores não descartam a possibilidade de este ser válido para outros contextos.

As entrevistas podem ser classificadas como estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas (Fortin, 2009). Nas entrevistas estruturadas o investigador detém o controlo sobre o rumo/conteúdo da mesma, contrariamente à não estruturada em que este controlo tende a pertencer ao(s) entrevistado(s). A entrevista semiestruturada adotada neste estudo incorpora características, quer das entrevistas não estruturadas quer das estruturadas. Esta possibilitou obter mais informações sobre o tema em análise, dando liberdade ao entrevistado de exprimir as suas opiniões e vivências.

Optou-se pela realização de entrevistas presenciais, em local determinado pelos participantes, o que permitiu o estabelecimento de uma relação entre o entrevistador e o entrevistado e concomitantemente facilitou a observação e interpretação da comunicação não verbal, conforme sugere Yeo *et al.* (2014).

As entrevistas foram gravadas com captação de som, mediante autorização do entrevistado. Após a realização das entrevistas planeadas procedeu-se à sua transcrição, sistematização, análise e interpretação, de acordo com os procedimentos definidos por Bardin (2016).

3.5.3 Conversas informais e recolha documental

No âmbito da investigação, recorreu-se às conversas informais com elementos em funções de gestão na UCSP de Mértola e à recolha documental. Estes procedimentos permitiram recolher informações complementares relevantes na caracterização da UCSP, alvo de estudo, respetiva dinâmica funcional e, conseqüente, contextualização dos dados obtidos.

As conversas informais, surgiram ocasionalmente, de forma espontânea e natural, durante o decurso de período de recolha de dados (Yin, 2003; Patton, 2002). A recolha documental envolveu a consulta de documentos relativos à unidade funcional, como a Carta de Compromisso, referente à contratualização dos CSP, os planos anuais de atividades da unidade funcional referentes à formação em serviço e promoção da qualidade, bem como outros documentos, como normas e instruções de trabalho.

3.6 Técnicas de análise de dados

Os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos foram submetidos a uma análise quantitativa e qualitativa. Para a análise quantitativa procedeu-se à representação numérica e manipulação de observações, através do processo de codificação dos dados obtidos, com a finalidade de descrever e explicar os fenômenos refletidos nas observações (Babbie, 2016).

3.6.1 Análise estatística

De acordo com Pestana e Gageiro (2014: 21) “A estatística é um instrumento matemático necessário para recolher, organizar, apresentar, analisar e interpretar dados”. As técnicas de análise de dados permitem organizar e analisar um grande volume de dados e descrever relações entre variáveis. A análise estatística realizada englobou dois tipos de análises, descritiva e inferencial.

Os dados obtidos através dos questionários foram analisados e tratados com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) Versão 28.0.

Para a análise do conteúdo extraído a partir das entrevistas, recorreu-se ao programa informático Atlas.ti 23 e ao *Microsoft Excel*.

A sistematização e tratamento dos dados recolhidos, através do COPSOQ, foi realizada de acordo com as diretrizes definidas por Silva *et al.* (2012). A análise dos resultados implica a interpretação individual de cada fator, já que este não mede um único constructo, mas sim vários riscos psicossociais e variáveis de saúde, stress e satisfação.

Nos dados recolhidos foram identificados *missing values* (tabela 3.1), associados ao questionário do participante n.º 29, com 2 respostas omissas ao nível do item 1 e 2 do fator de risco, exigências quantitativas do COPSOQ, o que representa 1,8% dos dados. Perante esta situação, optou-se pela substituição dos valores ausentes pela média dos respetivos itens (Pestana e Gageiro, 2014).

Tabela 3.1 *Missing values* identificados nos questionários.

Caso	Nº Omisso	% Omisso	Respostas Omissas
29	2	1,8	Exigências Quantitativas – item 1 e 2

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

De seguida, procedeu-se à determinação do risco associado a cada dimensão, através do cálculo da média dos itens correspondentes. Os itens 42 e 45 foram recodificados por assumirem um sentido oposto aos demais itens da mesma dimensão. A média obtida para cada dimensão foi posicionada de acordo com tercis, com os pontos de corte 2,33 e 3,66. Seguidamente foi submetida a uma interpretação semáforo, que transmitiu indicações sobre o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão poderá assumir. A cor verde representa uma situação favorável à saúde, o amarelo uma situação intermédia e o vermelho, risco para a saúde. Para a análise do risco para a saúde foi necessário distinguir as variáveis cujo aumento da média representa um aumento do risco, em contraposição às variáveis cuja diminuição da média representa um aumento do risco (tabela 3.2).

Posteriormente, foram aplicadas ferramentas de estatística descritiva para a análise dos dados obtidos. Estas ferramentas permitiram descrever as características da população ou a relação entre variáveis estudadas. Foram aplicadas técnicas de análise univariada, ou seja, a análise de uma única variável, com o objetivo de proceder à sua descrição. Neste

âmbito, realizou-se a análise da respetiva frequência, das medidas de localização central e de dispersão.

Tabela 3.2 Relação entre a média da dimensão do COPSOQII e o risco para a saúde do profissional.

↑ Média - ↑ Risco	↓ Média - ↑ Risco
Exigências quantitativas	Influência no trabalho
Ritmo de trabalho	Possibilidade de desenvolvimento
Exigências cognitivas	Previsibilidade
Exigências emocionais	Transparência do papel laboral desempenhado
Conflitos laborais	Recompensas
Confiança horizontal	Apoio social de colegas
Insegurança laboral	Apoio social dos superiores
Saúde em geral	Comunidade social no trabalho
Conflito trabalho/família	Qualidade da liderança
Problemas em dormir	Confiança vertical
<i>Burnout</i>	Justiça e respeito
<i>Stress</i>	Autoeficácia
Sintomas depressivos	Significado do trabalho
Comportamento ofensivos	Compromisso face ao local de trabalho
	Satisfação no trabalho

Fonte: Elaboração própria com base em Silva *et al* (2012).

Com o objetivo de analisar a associação entre variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. O recurso a uma medida de associação não paramétrica, prende-se com o facto de a amostra ser pequena e da maioria das variáveis não assumir uma distribuição normal. O coeficiente de correlação de Spearman é adequado a variáveis pelo menos ordinais. Foi utilizado para verificar a intensidade da relação entre as características sociodemográficas e profissionais (faixa etária, habilitações literárias e tempo de serviço na profissão) e os riscos psicossociais associados às dimensões do COPSOQII (Marôco, 2018; Pestana e Gageiro, 2014).

Considerou-se pertinente verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e os riscos psicossociais, pelo que recorreu ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. Trata-se de um teste não paramétrico, indicado para comparar a distribuição de uma variável pelo menos ordinal, como os fatores de risco psicossociais, medida em duas amostras independentes (Marôco, 2018). O teste de Wilcoxon-Mann-Whitney permitiu comparar o comportamento entre dois grupos distintos, um grupo do sexo masculino e

outro feminino, com base nas ordenações das variáveis (Pestana e Gageiro, 2014; Martinez e Ferreira, 2007).

3.6.2 Análise de conteúdo

Após a realização e transcrição das entrevistas planejadas, procedeu-se à análise de conteúdo. Esta técnica compreende um conjunto de instrumentos metodológicos que permitem reduzir uma ampla diversidade de informações idiossincráticas num conjunto mais limitado de propriedades que compõe uma variável. Este é um processo complexo e moroso que permite avaliar a frequência, ordem ou intensidade de determinadas palavras, frases, expressões ou factos (Fortin, 2009; Fontana e Frey, 2000).

A técnica de análise de conteúdo utilizada foi a análise categorial que se traduz em “operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos.” (Bardin, 2016: 201). Através destes procedimentos é possível realizar inferências interpretativas (Amado, 2014).

A análise de conteúdo das entrevistas foi realizada de acordo com as técnicas abordadas por Bardin. Esta organiza o método de análise em três fases: “pré-análise”, “exploração do material” e “tratamento dos resultados, inferência e interpretação” (Bardin, 2016: 125).

3.6.2.1 Fase 1: Pré-Análise

Na primeira fase procedeu-se à organização e sistematização do material a ser analisado. Essa fase envolveu cinco etapas, conforme proposto por Bardin (2016: 130): a) “a leitura flutuante”, onde foi estabelecido o contato com os documentos a serem analisados; b) “a escolha dos documentos” que integraram a análise; c) “a formulação das hipóteses e dos objetivos” e d) “a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores” e e) “a preparação do material” (Bardin, 2016: 130).

A escolha dos documentos esteve relacionada com os elementos aos quais foi aplicada a entrevista. Para a sua seleção pretendeu-se cumprir os critérios de representatividade, pertinência e homogeneidade. Em termos de representatividade, procurou-se integrar na

amostra elementos de diferentes áreas profissionais que desempenham funções distintas. Para promover a homogeneidade, as entrevistas seguiram o mesmo guião e foram aplicadas em condições similares. No que concerne à pertinência, analisou-se criteriosamente, se as informações contidas nas entrevistas eram relevantes para o tema em análise.

A etapa referente à formulação de hipóteses não se aplica a todos os estudos, principalmente quando as entrevistas têm um carácter exploratório. Neste estudo, optou-se por traçar os objetivos da entrevista:

- Conhecer quais os fatores de risco psicossociais, que na perspetiva dos entrevistados, são percecionados como tendo maior impacto nas unidades de saúde;
- Analisar a perceção do risco e do impacto dos fatores de risco psicossociais;
- Perceber a importância atribuída aos fatores de risco psicossociais;
- Explorar as medidas desenvolvidas ou planeadas para a gestão dos fatores de risco psicossociais.

3.6.2.2 Fase 2: Exploração do material

A segunda fase, referente à exploração do material, concretizou-se na aplicação das técnicas de codificação, decomposição ou enumeração definidas na fase anterior.

Bardin (2016) considera que o processo de codificação, referente a uma análise quantitativa e categorial, engloba a realização de opções relativas ao recorte (seleção das unidades), à enumeração (definição das regras para a contagem) e à classificação (escolha das categorias).

Inerentemente ao processo de codificação, considerando os objetivos da análise, foram definidas unidades de registo e de contexto. Para Bardin (2016: 134) a unidade de registo “é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.” As unidades de contexto são constituídas por excertos literais retirados das entrevistas que permitem demonstrar de forma fidedigna as opiniões dos entrevistados.

Na literatura não existe consenso acerca das dimensões das unidades de registo ou de significação. Com o objetivo de salvaguardar a riqueza da informação contida nas entrevistas, optou-se por utilizar como base para a sua conceção o “tema”, recorrendo ao recorte de ordem semântica. Obtiveram-se assim, frases com resumos de excertos significativos das entrevistas. Bardin (2016) refere que o “tema”, como unidade de registo, é frequentemente utilizado para estudar motivações, opiniões, tendências, entre outros, pelo que a sua utilização se adequa à análise de entrevistas com perguntas abertas.

Tabela 3.3 Categorias e subcategorias utilizadas nas entrevistas realizadas.

Categoria	Subcategoria
Significado de Riscos Psicossociais	Definição de Riscos Psicossociais
Fatores de Risco Psicossociais	Fatores Associados às Instituições de Saúde
	Fatores Associados às Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários
Impacto dos Riscos Psicossociais	Impacto ao Nível Organizacional
	Impacto ao Nível Individual
	Impacto ao Nível da Categoria Profissional
	Perceção do Impacto dos Riscos Psicossociais nos Elementos com Funções de Gestão
	Impacto da Pandemia no Agravamento dos Riscos Psicossociais
Importância e Contributos da Gestão dos Riscos Psicossociais	Grau de Importância Atribuída à Gestão dos Riscos Psicossociais
	Vantagens e Benefícios da Gestão dos Riscos Psicossociais
Ações e Medidas de Apoio ao nível da Gestão dos Riscos Psicossociais	Ações Existentes
	Medidas de Prevenção dos Riscos Psicossociais Implementadas na ULSBA
	Avaliação das Medidas Protetoras dos Trabalhadores Previstas pelo Código do Trabalho
	Tipos de Apoio Disponibilizados aos Profissionais
	Estudos realizados na ULSBA e a sua Aplicabilidade na Implementação de Medidas
Desafios e Projetos Futuros ao nível Gestão dos Riscos Psicossociais	Principais Desafios Futuros
	Projetos Previstos

Fonte: Elaboração própria com base no guião das entrevistas realizadas.

Através de uma leitura atenta e minuciosa do conteúdo das entrevistas, realizou-se a seleção dos trechos mais importantes, a partir dos quais foram definidas as categorias e as subcategorias (tabela 3.3). Estas, na sua maioria, tiveram origem no próprio guião. No entanto, outras resultaram das informações obtidas através das entrevistas e que foram consideradas relevantes para o estudo. Foi o caso da subcategoria “perceção do impacto dos riscos psicossociais nos elementos com funções de gestão”. Esta temática foi naturalmente abordada por todos os entrevistados e considerou-se pertinente compreender o impacto que os riscos psicossociais podem ter nos gestores.

Deste processo resultou uma grelha de análise de conteúdo das entrevistas (apêndice 3), estruturada de acordo com as categorias e subcategorias previamente definidas. Nessa grelha encontram-se discriminadas as unidades de significação/registo e as unidades de contexto.

Para a análise interpretativa das entrevistas, também foi utilizado como unidade de registo a “palavra” com o objetivo de constatar a frequência de utilização de palavras-chave. A frequência com que um tema é repetido na mensagem, pode ser um indicador da sua importância. Neste âmbito, projetou-se a construção de tabelas de frequência para palavras consideradas como relevantes no âmbito do tema em análise.

A análise lexical e sintática do texto, conforme proposto por Bardin (2016), permitiu analisar códigos e unidades semânticas e a frequência com que foram referidos.

3.6.2.3 Fase 3: Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

Os dados obtidos foram tratados de forma a permitirem obter resultados significativos, através de interpretações relacionadas com os objetivos previstos ou com outras informações, que emergiram ao longo do estudo. Esta é a fase da aplicação da intuição e da análise reflexiva e crítica.

O conteúdo das diferentes entrevistas foi comparado entre si e analisado à luz de outros estudos subordinados à temática dos riscos psicossociais. Essa análise encontra-se estruturada tendo em consideração as categorias previamente estabelecidas, facilitando a comparação e interpretação dos resultados.

3.7 Validade e confiabilidade dos instrumentos

Ao longo do processo de investigação foram desenvolvidas estratégias para verificar e assegurar aspetos inerentes à qualidade, tais como a validade e a confiabilidade dos instrumentos. Estes aspetos podem variar consoante as circunstâncias, população em estudo e o tipo e objetivos do estudo (Souza, Alexandre e Guirardello, 2017).

A confiabilidade significa que os procedimentos utilizados num estudo podem ser repetidos, obtendo-se resultados similares. Souza *et al.* (2017: 649) acrescentam a “*Confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço*”.

Tabela 3.4 Coeficiente alfa de Cronbach.

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
0,77	0,79	76

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Para a análise da consistência interna ou confiabilidade da escala utilizada procedeu-se à determinação e análise do coeficiente Alfa de Cronbach (tabela 3.4), tendo em consideração os 76 itens da COPSQ II. O valor obtido (0,79) significa que o instrumento utilizado na colheita de dados é razoavelmente consistente (Hair, Hult, Ringle, e Sarstedt, 2017; Pestana e Gageiro, 2014).

Seguidamente procedeu-se à determinação dos coeficientes Alfa de Cronbach, para as diferentes subescalas do COPSQ e à comparação com os valores de coeficientes alfa de Cronbach obtidos pelos autores do questionário da versão portuguesa (tabela 3.5).

Pode observar-se que os valores de Alfa de Cronbach variam entre 0,60 e 0,91, à exceção das subescalas “influência no trabalho”, “conflitos laborais”, “apoio social de colegas”, “compromisso com o local de trabalho” e “comportamentos ofensivos”, que assumem valores inferiores. O valor de Alfa de Cronbach é sensível ao tamanho das escalas, pelo que ao analisar-se as subescalas do questionário é possível que algumas destas atinjam valores mais baixos. O reduzido número de participantes também poderá justificar os resultados obtidos.

Tabela 3.5 Fiabilidade interna das subescalas do COPSOQ II.

Subescala	Número de Itens	Coeficiente de Alfa de Cronbach	
		Estudo Atual	Estudo de Silva <i>et al.</i> (2012)
Exigências quantitativas	3	0,80	0,63
Ritmo de trabalho	1	*	*
Exigências cognitivas	3	0,63	0,60
Exigências emocionais	1	*	*
Influência no trabalho	4	0,38	0,70
Possibilidades de desenvolvimento	3	0,65	0,76
Previsibilidade	2	0,91	0,72
Transparência do papel laboral	3	0,85	0,76
Recompensas	3	0,87	0,82
Conflitos laborais	3	0,31	0,67
Apoio social de colegas	3	0,50	0,71
Apoio social de superiores	3	0,81	0,87
Comunidade social no trabalho	3	0,84	0,85
Qualidade da liderança	4	0,83	0,90
Confiança horizontal	3	0,60	0,29**
Confiança vertical	3	0,67	0,20**
Justiça e respeito	3	0,78	0,79
Autoeficácia	2	0,78	0,67
Significado do trabalho	3	0,87	0,82
Compromisso com o local de trabalho	2	0,42	0,61
Satisfação no trabalho	4	0,76	0,82
Insegurança laboral	1	*	*
Saúde geral	1	*	*
Conflito trabalho-família	3	0,90	0,86
Problemas em dormir	2	0,88	0,84
<i>Burnout</i>	2	0,82	0,83
<i>Stress</i>	2	0,77	0,73
Sintomas depressivos	2	0,83	0,80
Comportamentos ofensivos	4	0,50	0,78

* Subescala constituída por um único item, pelo que não é possível calcular o α de Cronbach.

** Os itens destas subescalas avaliam informação distinta, embora relacionados com os mesmos valores no local de trabalho (ex: Subescala Confiança horizontal - Os funcionários ocultam informação uns aos outros?; Os funcionários ocultam informação à gerência?) o que pode justificar a baixa consistência interna.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

No que respeita à validade do instrumento, optou-se pela utilização de um instrumento com capacidade de refletir o real significado do conceito estudado (Souza *et al.*, 2017; Babbie, 2016). O questionário utilizado na colheita de dados é, na conceção de Silva *et*

al. (2012), um instrumento cuja validade é reconhecida internacionalmente para a avaliação das principais dimensões psicossociais em contexto laboral. Concomitantemente o instrumento está testado e validado para a realidade portuguesa.

3.8 Procedimentos e questões éticas

O acesso a dados pessoais e de saúde é uma temática que deve ser tratada de forma criteriosa e responsável. O presente estudo primou pelo cumprimento de todos os princípios éticos e legais considerados necessários, nomeadamente a participação voluntária, a ausência de danos para os participantes, a salvaguarda do anonimato e da confidencialidade, o respeito e a justiça (Babbie, 2016; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research [NCPHSBBR], 1979).

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da ULSBA (apêndice 4), apenas tendo sido aplicado após o parecer positivo destes órgãos. O pedido foi formalizado por escrito, através do sistema de gestão documental *Electronic Document (EDOC)*, sendo esta a via privilegiada para a partilha de documentos e informações relevantes entre os diferentes departamentos da ULSBA.

Previamente à recolha dos dados, tanto através de questionários como de entrevistas, considerou-se fundamental que os participantes fossem devidamente esclarecidos sobre a investigação e as implicações associadas à sua participação. Considera-se que o tema do estudo implica que sejam abordados assuntos sensíveis, sobre os quais é provável que o participante ainda não se tivesse questionado ou refletido. Para colmatar potenciais inseguranças associadas à aplicação dos instrumentos de colheita de dados que pudessem inibir a participação ou a veracidade das respostas foram tomadas todas as medidas, consideradas necessárias, para respeitar os princípios de imparcialidade, anonimato e confidencialidade.

Previamente à aplicação dos questionários foi solicitado, por escrito, o consentimento informado dos participantes (apêndice 5). Estes foram informados do seu direito a retirar o consentimento a qualquer momento, sem necessidade de prestar esclarecimentos sobre essa decisão e sem que daí resultasse qualquer desvantagem ou prejuízo para os mesmos.

De acordo com Babbie (2016) o consentimento informado surge como a materialização das normas éticas associadas à participação voluntária e à ausência de danos para os participantes.

No que concerne à realização de entrevistas, a autora ao assumir o papel de entrevistadora empenhou todos os esforços possíveis no sentido de primar por uma postura isenta e imparcial para não influenciar os profissionais submetidos à entrevista. A captação de som foi realizada mediante autorização dos entrevistados.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Contextualização da realidade da UCSP de Mértola

Importa contextualizar o estudo na realidade da instituição onde foi realizado. Através de conversas informais com elemento em funções de gestão na unidade funcional (2022), apurou-se que a equipa da UCSP do concelho de Mértola vivenciou uma elevada rotatividade com alterações significativas na equipa de trabalho.

Desde 2020, foram transferidos dois enfermeiros e duas assistentes técnicas para outra unidade da ULSBA e foi exonerada de funções outra enfermeira. Foram integrados quatro enfermeiros, três provenientes de outros serviços da ULSBA e um proveniente de outra instituição da comunidade. A situação de baixa médica prolongada e posterior falecimento do enfermeiro gestor da unidade, tendo sido substituído provisoriamente por um elemento da equipa durante um ano e meio. Posteriormente foi nomeada uma enfermeira gestora, oriunda da equipa da UCSP de Mértola (elemento em funções de gestão na unidade funcional, 2022).

Houve a exoneração de funções por parte de uma médica em março de 2021 e a reforma de outra médica em agosto de 2022, sem que tenham sido substituídas até ao presente. A reforma de duas assistentes técnicas e a transferência de outra. Foram integradas três profissionais em sua substituição, uma proveniente de um serviço hospitalar da ULSBA, outra de uma UCSP e a terceira de instituição da comunidade. A integração de uma assistente operacional, no âmbito do regime excecional Covid-19 (elemento em funções de gestão na unidade funcional, 2022).

A transferência da Psicóloga, do Fisioterapeuta e da Assistente Social para outros departamentos da ULSBA com o respetivo acolhimento de um novo profissional em cada uma dessas áreas. A integração de uma higienista oral na equipa para ocupar uma vaga que estava por preencher há cerca de 7 anos (elemento em funções de gestão na unidade funcional, 2022).

A nível da equipa médica tem vindo a ser necessário um esforço acrescido para dar resposta aos utentes integrados nas cinco listas, anteriormente existentes. Ao nível da equipa de enfermagem, a integração de novos elementos com diferentes competências levou a uma reestruturação das áreas e funções alocadas a cada profissional, implicando um elevado esforço de adaptação por parte de todos os profissionais (elemento em funções de gestão na unidade funcional, 2022).

4.2 Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes

Um dos objetivos definidos neste trabalho referia-se à caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola (Tabela 4.1). Chegou-se à conclusão que a maioria dos participantes no estudo, 83,9% (N=26) são do sexo feminino e 16,1% (N=5) do sexo masculino. Em termos de idade, 38,7% (N=12) têm 50 anos ou mais, 32,3% (N=10) estão na faixa etária compreendida entre os 40 e os 49 anos, 22,6% (N=7) estão na faixa etária compreendida entre os 30 e os 39 anos e 6,5% (N=2) têm idade inferior a 30 anos.

Tabela 4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Caraterísticas		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Sexo dos participantes	Feminino	26	83,9	83,9	83,9
	Masculino	5	16,1	16,1	100,0
Faixa Etária	Inferior a 30 anos	2	6,5	6,5	6,5
	30 a 39 anos	7	22,6	22,6	29,0
	40 a 49 anos	10	32,3	32,3	61,3
	Igual ou superior a 50 anos	12	38,7	38,7	100,0
Habilitações literárias	Até 12º ou equivalente	11	35,5	35,5	35,5
	Licenciatura	10	32,3	32,3	67,7
	Pós-graduação/Mestrado/	10	32,3	32,3	100,0
	Doutoramento				

Caraterísticas		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Grupo Profissional	Assistente Operacional	7	22,6	22,6	22,6
	Assistente Técnico	5	16,1	16,1	38,7
	Técnico Superior	7	22,6	22,6	61,3
	Médico	3	9,7	9,7	71,0
	Enfermeiro	9	29,0	29,0	100,0
Tempo total de serviço na profissão	1 a 5 anos	5	16,1	16,1	16,1
	6 a 10 anos	6	19,4	19,4	35,5
	Superior a 10 anos	20	64,5	64,5	100,0
Tempo de trabalho na UCSP de Mértola	Inferior a 1 ano	3	9,7	9,7	9,7
	1 a 5 anos	8	25,8	25,8	35,5
	6 a 10 anos	6	19,4	19,4	54,8
	Superior a 10 anos	14	45,2	45,2	100,0
Acumulação de dois ou mais empregos em simultâneo	Sim	7	22,6	22,6	22,6
	Não	24	77,4	77,4	100,0
Vínculo contratual	Contrato a Tempo Indeterminado	27	87,1	87,1	87,1
	Contrato a Termo Resolutivo	1	3,2	3,2	90,3
	Outro Tipo de Vínculo Contratual	2	6,5	6,5	96,8
	Trabalhadores Independentes	1	3,2	3,2	100,0
Tipo de horário de trabalho	Horário Completo	30	96,8	96,8	96,8
	Horário a Tempo Parcial	1	3,2	3,2	100,0
Estado Civil	Solteiro	5	16,1	16,1	16,1
	Casado/União Facto	21	67,7	67,7	83,9
	Divorciado	4	12,9	12,9	96,8
	Viúvo	1	3,2	3,2	100,0
Número de elementos do agregado familiar	1	8	25,8	25,8	25,8
	2	5	16,1	16,1	41,9
	3	9	29,0	29,0	71,0
	4	8	25,8	25,8	96,8
	5	1	3,2	3,2	100,0
Tem filhos menores a cargo?	Sim	13	41,9	41,9	41,9
	Não	18	58,1	58,1	100,0
Filhos com necessidades educativas especiais?	Sim	1	3,2	3,2	3,2
	Não	30	96,8	96,8	100,0
Pratica atividades de lazer?	Sim	16	51,6	51,6	51,6
	Não	15	48,4	48,4	100,0
Pratica alguma atividade física de forma regular?	Sim	9	29,0	29,0	29,0
	Não	22	71,0	71,0	100,0

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

O estado civil de 67,7% (N=21) dos inquiridos é casado ou união de facto, 16,1% (N=5) é solteiro, 12,9% (N=4) é divorciado e 3,2% (N=1) é viúvo. Quanto ao número de elementos do agregado familiar 29,0% (N=9) são 3 pessoas, 25,8% (N=8) vivem sozinhos, 25,8% (N=8) são 4 pessoas, 16,1% (N=5) são 2 pessoas e 3,2% (N=1) são 5 pessoas. 41,9% (N=13) referem ter filhos menores a cargo e 3,2% (N=1) têm filhos com necessidades educativas especiais.

No que diz respeito às habilitações literárias, 35,5% (N=12) tem grau académico até 12º ou equivalente. Os profissionais com grau académico licenciatura e com pós-graduação/mestrado/doutoramento correspondem a 32,3% (N=10). Em termos de grupo profissional, 22,6% (N=7) são assistentes operacionais, 16,1% (N=5) são assistentes técnicos, 22,6% (N=7) são técnicos superiores, 9,7% (N=3) são médicos e 29,0% (N=9) são enfermeiros.

Questionados acerca do tempo total de serviço na profissão, 16,1% (N=5) dos participantes situam-se entre 1 a 5 anos, 19,4% (N=6) entre 6 a 10 anos e 64,5% (N=20) exercem a profissão há mais de 10 anos. Relativamente ao tempo de trabalho na UCSP de Mértola, 45,2% (N=14), ou seja, a maioria dos profissionais exerce funções nesta instituição há mais de 10 anos.

Ainda no âmbito da caracterização profissional, 22,6% (N=7) dos profissionais referem acumular dois ou mais empregos em simultâneo. Quando questionados acerca do vínculo contratual, 87,1% (N=27) refere ter um contrato a tempo indeterminado, 6,5% (N=2) outro tipo de vínculo contratual, 3,2% (N=1) contrato a termo resolutivo e 3,2% (N=1) são trabalhadores independentes. Verifica-se que 96,8% (N=30) dos profissionais tem horário completo e os restantes 3,2% (N=1) horário a tempo parcial.

Do total dos inquiridos que responderam aos questionários, 51,6% (N=16) refere ter atividades de lazer e 29,0% (N=9) pratica alguma atividade física de forma regular.

No âmbito do estudo considerou-se pertinente analisar a caracterização sociodemográfica, por classe ou categoria profissional (apêndice 6). Verifica-se que os assistentes operacionais são, na sua maioria, do sexo feminino (N=6; fi=19,4%), estão distribuídos pela faixa etária 40 a 49 anos (N=2; fi=6,5%) e superior ou igual a 50 anos (N=5; fi=16,1%), a maioria exerce a atividade profissional e trabalha na UCSP de Mértola há mais de 10 anos (N=4; fi=12,9%). Relativamente às habilitações literárias, a totalidade

do grupo profissional estudou até 12ºano de escolaridade ou equivalente, não acumulam dois ou mais empregos em simultâneo, têm horário completo atribuído e vínculo contratual com contrato a tempo indeterminado (N=7; fi=22,6%). Em termos de agregado familiar, a maioria vive sozinho (N=5; fi=16,1%) e os restantes vivem com mais uma pessoa (N=2; fi=6,5%). O estado civil varia entre solteiro (N=1; fi=3,2%), casado/união facto (N=2; fi=6,5%), divorciado (N=3; fi=9,7%) e viúvo (N=1; fi=3,2%). A totalidade dos assistentes operacionais tem filhos menores a cargo (N=7; fi=22,6%), mas nenhum com necessidades educativas especiais. A maioria pratica atividades de lazer (N=4; fi=12,9%), no entanto uma minoria pratica atividade física de forma regular (N=2; fi=6,5%).

Os assistentes técnicos são maioritariamente do sexo feminino (N=4; fi=12,9%). Em termos de faixa etária distribuem-se entre: idade inferior a 30 anos (N=1; fi=3,2%), 40 a 49 anos (N=2; fi=6,5%) e 50 ou mais anos (N=2; fi=6,5%). Em termos de habilitações literárias, a maioria estudou até ao 12º ano de escolaridade ou equivalente (N=4; fi=12,9%) e exerce a profissão entre 1 a 5 anos (N=3; fi=9,7%). Todo o grupo profissional exerce apenas funções na UCSP de Mértola e todos têm horário completo atribuído e vínculo contratual com contrato a tempo indeterminado (N=5; fi=16,1%). Na sua maioria, estes profissionais são casados ou vivem em união de facto (N=4; fi=12,9%) e o agregado familiar é maioritariamente constituído por 3 elementos (N=2; fi=6,5%). A generalidade não tem filhos menores a cargo (N=3; fi=9,7%), e nenhum tem filhos com necessidades educativas especiais (N=0; fi=0,0%). A maioria não pratica atividades de lazer (N=3; fi=9,7%) nem atividade física de forma regular (N=4; fi=12,9%).

Relativamente à categoria profissional dos técnicos superiores, são maioritariamente do sexo feminino (N=6; fi=19,4%). Em termos de faixa etária, localizam-se principalmente na faixa compreendida entre os 30 a 39 anos (N=4; fi=12,9%). Em termos de habilitações literárias, a maioria tem apenas licenciatura (N=4; fi=12,9%) e exercem a profissão há mais de 10 anos (N=4; fi=12,9%), no entanto, o tempo de trabalho na instituição situa-se maioritariamente entre 1 a 5 anos (N=3; fi=9,7%). A maioria refere não acumular dois ou mais empregos em simultâneo (N=5; fi=16,1%) e todos têm horário completo atribuído (N=7; fi=22,9%). Quanto ao vínculo contratual, verifica-se com maior frequência o contrato a tempo indeterminado (N=6; fi=19,4%). O número de elementos do agregado familiar varia de 1 a 5 elementos, sendo a maioria casada ou vive em união de facto (N=5;

fi=16,1%). A maior parte dos técnicos superiores têm filhos menores a cargo (N=6; fi=19,4%), mas nenhum com necessidades educativas especiais. A generalidade pratica atividades de lazer (N=5; fi=16,1%), mas não pratica atividade física de forma regular (N=4; fi=12,9%).

Analisando o grupo dos médicos, verifica-se que são, na sua maioria, do sexo feminino (N=2; fi=6,5%) e todos os elementos pertencem à faixa etária superior ou igual a 50 anos (N=3; fi=9,7%). Relativamente às habilitações literárias, a maioria tem pós-graduação/mestrado/doutoramento (N=2; fi=6,5%), a totalidade dos médicos exerce a atividade profissional há mais de 10 anos (N=3; fi=9,7%) e trabalha na UCSP de Mértola há mais de 10 anos (N=2; fi=6,5%). Todos os médicos exercem apenas funções na organização e todos têm horário completo atribuído (N=3; fi=9,7%). Quanto ao vínculo contratual, maioritariamente verifica-se o contrato a tempo indeterminado (N=2; fi=6,5%). Em termos de agregado familiar a maioria é constituída por 3 elementos (N=2; fi=6,5%). O estado civil é exclusivamente casado/união facto e não têm filhos menores a cargo (N=3; fi=9,7%). A maioria não tem filhos com necessidades educativas especiais (N=2; fi=6,5%).

O grupo profissional dos enfermeiros é constituído maioritariamente por elementos do sexo feminino (N=8; fi=25,8%), a maioria tem idades compreendidas entre os 30 e 39 anos (N=3; fi=9,7%) e os 40 e 49 anos (N=3; fi=9,7%). Relativamente às habilitações literárias, a maioria tem pós-graduação/mestrado/doutoramento (N=5; fi=16,1%), exerce a atividade profissional (N=7; fi=22,6%) e trabalha na UCSP de Mértola (N=5; fi=16,1%) há mais de 10 anos. Dos elementos desta categoria, os que acumulam 2 ou mais empregos em simultâneo estão em maioria (N=5; fi=16,1%). Uma maioria significativa tem horário completo atribuído (N=8; fi=25,8%) e vínculo contratual com contrato a tempo indeterminado (N=7; fi=22,6%). Em termos de agregado familiar, a generalidade dos enfermeiros vive principalmente em agregados com 4 elementos (N=5; fi=16,1%), são casados ou vivem em união de facto (N=7; fi=22,6%), têm filhos menores a cargo (N=5; fi=16,1%), mas nenhum tem filhos com necessidades educativas especiais (N=9; fi=29%). A maioria dos enfermeiros não pratica atividades de lazer (N=5; fi=16,1%), nem atividade física de forma regular (N=7; fi=22,6%).

O questionário aplicado contempla várias questões sobre o absentismo, procurando identificar os principais motivos para as faltas (Tabela 4.2). Verificou-se que a maioria

das faltas ocorreu por licença de maternidade ($N = 235$, $\mu = 7,58$, $\sigma = 42,21$), seguida de doença ($N = 217$, $\mu = 7,00$, $\sigma = 15,15$) e assistência à família ($N = 19$, $\mu = 1,32$, $\sigma = 4,04$). Não se verificou a existência de faltas por licença de casamento, nojo, acidente de trabalho, nem por outros motivos não especificados ou de faltas injustificadas.

Tabela 4.2 Faltas ao trabalho.

	Mínimo	Máximo	Soma	Média	Desvio padrão
Número de faltas por doença	0	72	217	7,00	15,15
Número de faltas por Assistência à Família	0	19	41	1,32	4,04
Número de faltas por Licença de Maternidade	0	235	235	7,58	42,21
Número de faltas por Licença de Casamento	0	0	0	0,00	0,00
Número de faltas por nojo	0	0	0	0,00	0,00
Número de períodos de faltas por nojo	0	0	0	0,00	0,00
Número de faltas injustificadas	0	0	0	0,00	0,00
Número de faltas por outros motivos	0	0	0	0,00	0,00

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Considerou-se relevante analisar o padrão de faltas associado a determinadas características sociodemográficas dos profissionais, nomeadamente o sexo (Tabela 4.3) e a categoria profissional (Tabela 4.4). Verificou-se que das faltas ocorridas em 2021, 87,5% estão associadas a elementos do sexo feminino e 12,5% a elementos do sexo masculino.

Tabela 4.3 Faltas ao trabalho distribuídas segundo o sexo dos participantes.

		Faltou ao trabalho em 2021		Total	
		Sim	Não		
Sexo dos participantes	Feminino	Contagem	14	12	26
		% em Sexo dos participantes	53,8%	46,2%	100,0%
		% em Faltou ao trabalho em 2021	87,5%	80,0%	83,9%
		% do Total	45,2%	38,7%	83,9%
	Masculino	Contagem	2	3	5
		% em Sexo dos participantes	40,0%	60,0%	100,0%
		% em Faltou ao trabalho em 2021	12,5%	20,0%	16,1%
		% do Total	6,5%	9,7%	16,1%
Total	Contagem	16	15	31	
	% em Sexo dos participantes	51,6%	48,4%	100,0%	
	% em Faltou ao trabalho em 2021	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	51,6%	48,4%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Analisando as faltas em 2021, verificou-se que a maioria está alocada ao grupo profissional dos enfermeiros (37,5%), seguido dos técnicos superiores (25,0%), o dos assistentes operacionais (18,8%), o dos assistentes técnicos (12,5%) e por fim o grupo dos médicos (6,3%). No grupo profissional dos enfermeiros, 66,7% destes profissionais registaram faltas ao trabalho e 33,3% não o fizeram.

Tabela 4.4 Faltas ao trabalho distribuídas segundo o grupo profissional.

			Faltou ao trabalho em 2021		Total
			Sim	Não	
Grupo Profissional	Assistente Operacional	Contagem	3	4	7
		% em Grupo Profissional	42,9%	57,1%	100,0%
		% em Faltou ao trabalho em 2021	18,8%	26,7%	22,6%
		% do Total	9,7%	12,9%	22,6%
	Assistente Técnico	Contagem	2	3	5
		% em Grupo Profissional	40,0%	60,0%	100,0%
		% em Faltou ao trabalho em 2021	12,5%	20,0%	16,1%
		% do Total	6,5%	9,7%	16,1%
	Técnico Superior	Contagem	4	3	7
		% em Grupo Profissional	57,1%	42,9%	100,0%
		% em Faltou ao trabalho em 2021	25,0%	20,0%	22,6%
		% do Total	12,9%	9,7%	22,6%
	Médico	Contagem	1	2	3
		% em Grupo Profissional	33,3%	66,7%	100,0%
		% em Faltou ao trabalho em 2021	6,3%	13,3%	9,7%
		% do Total	3,2%	6,5%	9,7%
	Enfermeiro	Contagem	6	3	9
		% em Grupo Profissional	66,7%	33,3%	100,0%
		% em Faltou ao trabalho em 2021	37,5%	20,0%	29,0%
		% do Total	19,4%	9,7%	29,0%
Total	Contagem	16	15	31	
	% em Grupo Profissional	51,6%	48,4%	100,0%	
	% em Faltou ao trabalho em 2021	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	51,6%	48,4%	100,0%	

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

4.3 Incidência dos riscos psicossociais

Com recurso aos dados fornecidos pela aplicação do COPSOQII foi possível identificar e caracterizar os riscos psicossociais presentes na população em estudo.

4.3.1 Na unidade

Os dados obtidos permitiram caracterizar a exposição da equipa da UCSP de Mértola a riscos psicossociais e identificar a existência de consequências para a saúde física e ou mental da exposição dos seus elementos a estes riscos.

Através da análise das médias relativas a cada dimensão do COPSOQII, verificou-se que não existiam dimensões cuja média obtida fosse indicativa de risco para a saúde. Existem 19 subescalas em que se pode considerar que o risco para a saúde se situa numa situação intermédia, nomeadamente, “ritmo trabalho”, “exigências cognitivas”, “exigências emocionais”, “influência do trabalho”, “previsibilidade”, “recompensas”, “conflitos laborais”, “apoio social de colegas”, “apoio social de superiores”, “qualidade da liderança”, “confiança horizontal”, “justiça e respeito”, “compromisso face ao local de trabalho”, “satisfação face ao local de trabalho”, “insegurança laboral”, “perceção da saúde geral”, “problemas em dormir”, “*burnout*” e “*stress*”.

Por fim, foram identificadas 10 subescalas com valores favoráveis para a saúde a nível das “exigências quantitativas”, “possibilidades de desenvolvimento”, “transparência do papel laboral desempenhado”, “comunidade social no trabalho”, “confiança vertical”, “autoeficácia”, “significado do trabalho”, “conflito trabalho/família”, “sintomas depressivos”, “comportamentos ofensivos”.

A saúde e o bem-estar do profissional são avaliadas com recurso a cinco subescalas, nomeadamente, perceção da saúde geral, problemas em dormir, *burnout*, *stress* e sintomas depressivos. Com base na tabela 4.5, verifica-se que o item perceção da saúde geral, assume uma média traduz uma situação intermédia para a saúde ($\mu = 2,94$; $\sigma = 0,81$). Analisando os sintomas específicos verifica-se que apenas os sintomas depressivos apresentam uma média que corresponde a uma situação favorável para a saúde ($\mu = 2,18$; $\sigma = 0,92$). Os restantes fatores, representam uma situação intermédia para a saúde,

nomeadamente os problemas em dormir ($\mu = 2,53$; $\sigma = 1,24$), o *Burnout* ($\mu = 2,65$; $\sigma = 0,92$) e o *Stress* ($\mu = 2,58$; $\sigma = 1,08$).

Tabela 4.5 Avaliação do risco para a saúde de cada dimensão do COPSOQII com comparação com a média a nível nacional.

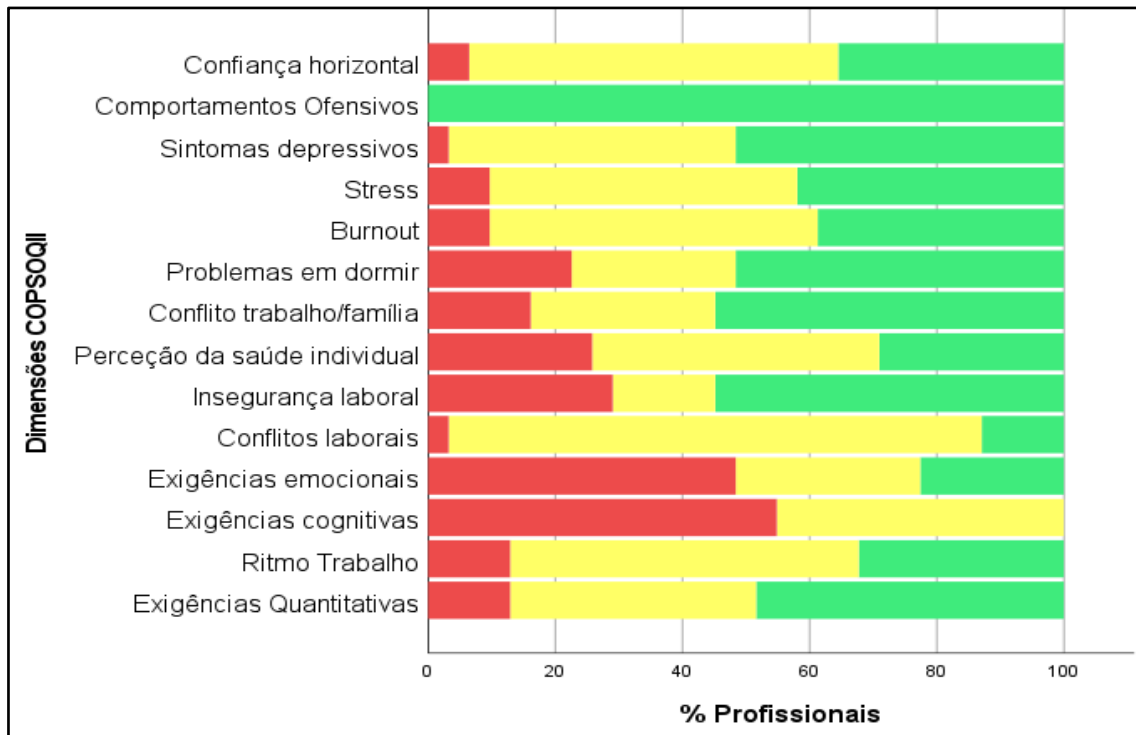
Subescalas COPSOQ II	Estudo UCSP de Mértola				Valores de Referência Nacional em 2012*	
	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Exigências quantitativas	2,31	1,00	4,33	0,92	2,48	0,86
Ritmo trabalho	2,77	1,00	5,00	0,96	3,18	1,00
Exigências cognitivas	3,52	2,33	5,00	0,77	3,79	0,71
Exigências emocionais	3,35	1,00	5,00	1,14	3,42	1,15
Influência do trabalho	2,65	1,75	4,50	0,68	2,83	0,89
Possibilidades de desenvolvimento	3,80	2,33	5,00	0,62	3,85	0,81
Previsibilidade	2,94	1,00	4,50	0,81	3,23	0,92
Transparência do papel laboral desempenhado	4,14	2,00	5,00	0,75	4,19	0,72
Recompensas	3,59	1,67	5,00	0,96	3,71	0,87
Conflitos laborais	2,68	1,00	4,00	0,61	2,94	0,69
Apoio social colegas	3,43	1,67	5,00	0,73	3,44	0,77
Apoio social superiores	2,68	1,00	5,00	1,01	3,13	0,97
Comunidade social no trabalho	3,96	2,00	5,00	0,73	3,97	0,81
Qualidade da liderança	3,52	2,00	5,00	0,81	3,49	0,93
Confiança horizontal	2,49	1,00	4,00	0,71	2,79	0,64
Confiança vertical	3,92	2,33	5,00	0,68	3,60	0,60
Justiça e respeito	3,40	2,00	5,00	0,85	3,37	0,81
Autoeficácia	3,94	1,67	5,00	0,75	3,90	0,67
Significado do trabalho	3,94	1,33	5,00	0,82	4,03	0,72
Compromisso face ao local de trabalho	3,05	1,00	5,00	0,94	3,40	0,90
Satisfação face ao local de trabalho	3,19	1,00	4,00	0,66	3,37	0,75
Insegurança laboral	2,52	1,00	5,00	1,46	3,15	1,47
Perceção da saúde geral	2,94	1,00	4,00	0,81	3,44	0,91
Conflito trabalho/família	2,25	1,00	5,00	1,08	2,67	1,05
Problemas em dormir	2,53	1,00	5,00	1,24	2,46	1,05
<i>Burnout</i>	2,65	1,00	5,00	0,92	2,70	0,97
<i>Stress</i>	2,58	1,00	5,00	1,08	2,70	0,90
Sintomas depressivos	2,18	1,00	4,50	0,92	2,35	0,91
Comportamentos ofensivos	1,15	1,00	2,00	0,26	1,23	0,48

Fonte: Elaboração própria com base na análise comparativa dos questionários aplicados com os resultados obtidos no estudo de *Silva *et al.* (2012).

Considerou-se pertinente comparar as médias obtidas no estudo com as médias de referência a nível nacional (Tabela 4.5). Verificou-se que as subescalas em que se verificava um risco mais elevado para a saúde dos profissionais da UCSP de Mértola, relativamente à média nacional foram as “recompensas” cuja média obtida da UCSP de Mértola revela uma situação intermédia para a saúde ($\mu = 3,59$, $\sigma = 0,96$), enquanto a média obtida nos valores de referência ($\mu = 3,71$, $\sigma = 0,87$) revela uma situação favorável para a saúde.

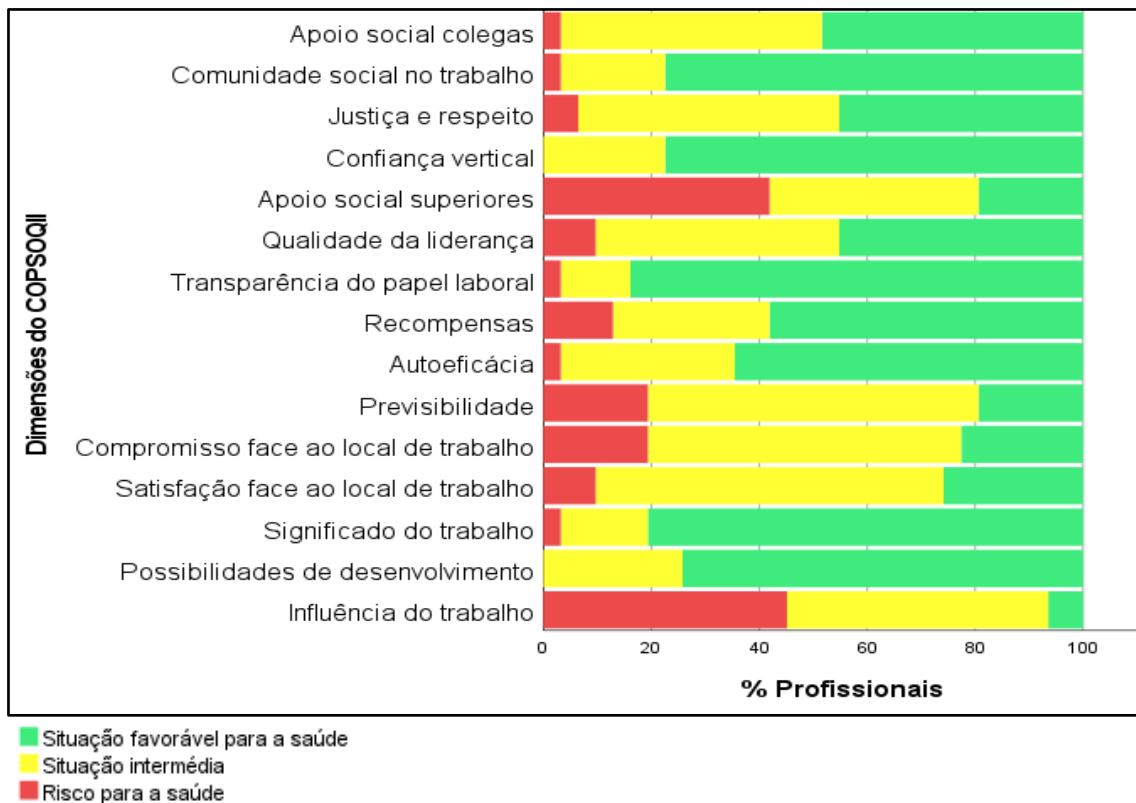
Em contrapartida na UCSP de Mértola identificaram-se fatores em que a equipa se situa numa situação mais benéfica em termos de risco para a saúde. A nível da subescala “exigências cognitivas” observa-se uma média ($\mu = 3,52$, $\sigma = 0,77$) que indica uma situação intermédia para a saúde, enquanto nos valores de referência a média ($\mu = 3,79$, $\sigma = 0,71$) revela risco para a saúde. Existem quatro subescalas em que a média revela uma situação favorável à saúde, enquanto nas médias de referência se identificava uma situação intermédia, nomeadamente: “Exigências quantitativas” ($\mu = 2,31$, $\sigma = 0,92$), “Confiança vertical” ($\mu = 3,92$, $\sigma = 0,68$), “Conflito trabalho/família” ($\mu = 2,25$, $\sigma = 1,08$) e “Sintomas depressivos” ($\mu = 2,18$, $\sigma = 0,92$).

Figura 4.1 Distribuição do risco pelas dimensões do COPSOQII – subescalas em que o nível do risco é diretamente proporcional ao aumento da média dos itens.



Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Figura 4.2 Distribuição do risco pelas dimensões do COPSOQII - subescalas em que o nível do risco é inversamente proporcional ao aumento da média dos itens.



Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Analisando a distribuição do risco pelas diferentes dimensões do COPSOQ (figura 4.1 e 4.2) verifica-se que as dimensões em que a frequência de profissionais com risco para a saúde nessa dimensão são as “exigências cognitivas” ($f_i = 54,8\%$). Seguem-se as “exigências emocionais” ($f_i = 48,4\%$), a “influência do trabalho” ($f_i = 45,2\%$) e o “apoio social dos superiores” ($f_i = 41,9\%$). Observa-se que a única dimensão em que todos os profissionais se situam numa situação favorável à saúde é a referente aos “comportamentos ofensivos”.

4.3.2 Por categoria profissional

Um dos objetivos definidos pretendia identificar a incidência de riscos psicossociais específicos por categoria profissional (tabela 4.6). Chegou-se à conclusão que os técnicos superiores apresentam risco para a saúde nas dimensões “exigências cognitivas” ($\mu = 4,05$), “exigências emocionais” ($\mu = 3,86$) e “apoio social de superiores” ($\mu = 2,0$). Na

categoria profissional dos médicos foi identificado risco para a saúde a nível das “exigências cognitivas” ($\mu = 4,56$) e “exigências emocionais” ($\mu = 4,67$).

Tabela 4.6 Comparação das médias obtidas no COPSOQ por grupo profissional.

	Grupo Profissional					
	Assistente Operacional	Assistente Técnico	Técnico Superior	Médico	Enfermeiro	Total
Exigências quantitativas	2,19	2,13	2,10	2,84	2,48	2,31
Ritmo trabalho	2,57	2,20	3,29	3,00	2,78	2,77
Exigências cognitivas	2,86	3,20	4,05	4,56	3,44	3,52
Exigências emocionais	3,29	2,20	3,86	4,67	3,22	3,35
Influência do trabalho	2,50	2,65	2,75	2,92	2,58	2,65
Possibilidades de desenvolvimento	3,38	3,80	4,38	4,22	3,52	3,8
Previsibilidade	2,79	2,90	3,21	3,17	2,78	2,94
Transparência do papel laboral desempenhado	4,38	4,13	4,67	3,89	3,63	4,14
Recompensas	3,52	4,07	3,57	3,67	3,37	3,59
Conflitos laborais	2,52	2,80	2,43	3,00	2,81	2,68
Apoio social colegas	3,62	3,47	3,33	3,44	3,33	3,43
Apoio social superiores	3,14	2,80	2,00	3,00	2,67	2,68
Comunidade social no trabalho	4,29	4,00	4,10	4,00	3,56	3,96
Qualidade da liderança	3,89	4,10	3,04	3,42	3,31	3,52
Confiança horizontal	2,62	2,20	2,38	2,67	2,59	2,49
Confiança vertical	4,14	4,20	4,00	3,44	3,70	3,92
Justiça e respeito	3,19	3,60	3,52	3,56	3,30	3,40
Autoeficácia	4,43	4,10	3,57	4,33	3,61	3,94
Significado do trabalho	3,48	4,00	4,33	4,56	3,74	3,94
Compromisso face ao local de trabalho	2,86	2,70	3,00	4,17	3,06	3,05
Satisfação face ao local de trabalho	2,96	3,25	3,29	3,42	3,19	3,19
Insegurança laboral	3,29	3,40	1,71	1,67	2,33	2,52
Perceção da saúde geral	2,71	2,80	3,14	2,67	3,11	2,94
Conflito trabalho/família	1,71	1,80	2,33	3,56	2,41	2,25
Problemas em dormir	2,64	2,20	2,86	2,33	2,44	2,53
<i>Burnout</i>	3,07	2,00	2,57	3,33	2,50	2,65
<i>Stress</i>	2,93	2,50	2,07	2,83	2,67	2,58
Sintomas depressivos	2,71	1,70	1,93	1,83	2,33	2,18
Comportamentos Ofensivos	1,14	1,35	1,00	1,42	1,08	1,15

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

A categoria “comportamentos ofensivos” é a única em que a média de todos os grupos profissionais representa uma situação favorável à saúde. As médias das categorias “influência do trabalho”, “previsibilidade”, “conflitos laborais”, “apoio social dos colegas”, “justiça e respeito”, “satisfação face ao local de trabalho” e “perceção da saúde geral” situam todas as categorias profissionais da equipa multidisciplinar numa situação de risco intermédio para a saúde.

Considera-se relevante identificar as categorias onde o risco para a saúde se localiza num mesmo nível, com exceção de uma das classes profissionais. Esta situação verifica-se na “transparência do papel laboral desempenhado” e na “comunidade social no trabalho”, em que toda a equipa apresenta uma situação favorável à saúde, com a exceção dos enfermeiros que se localizam numa situação intermédia de risco ($\mu = 3,63$ e $3,56$ respetivamente). A nível do “apoio social superiores” a equipa apresenta uma situação intermédia, excetuando os técnicos superiores que apresentam risco para a saúde ($\mu = 2$).

Na categoria “confiança horizontal” e “*burnout*” o risco localiza-se numa situação intermédia para a equipa, menos para os assistentes técnicos, onde se verifica uma situação favorável à saúde ($\mu = 2,20$ e $\mu = 2,00$ respetivamente). O mesmo acontece relativamente ao “*stress*” no grupo dos técnicos superiores ($\mu = 2,07$).

Na categoria “confiança vertical” a equipa apresenta uma situação favorável para a saúde, com a exceção dos médicos que se localizam numa situação intermédia de risco ($\mu = 3,44$). No que se refere ao “significado do trabalho” e “sintomas depressivos”, a equipa apresenta uma situação favorável para a saúde, com a exceção dos assistentes operacionais que se localizam numa situação intermédia de risco ($\mu = 3,48$ e $\mu = 2,71$ respetivamente).

4.4 Relação entre os riscos psicossociais e o perfil sociodemográfico e profissional

Previamente à escolha dos testes estatísticos a serem utilizados, foi realizada a aplicação dos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk (apêndice 7). Verificou-se que o valor de significância obtido para as subescalas do COPSOQ é na sua maioria inferior a 0.05, logo estas variáveis não têm uma distribuição normal (Pestana e

Gageiro, 2014). Perante estes resultados optou-se pela utilização de testes não paramétricos.

Com o intuito de verificar a existência de relação entre os riscos psicossociais com características sociodemográficas e profissionais da população, foi realizada uma análise correlacional entre variáveis cuja relação tem vindo a ser identificada na literatura. Para realizar esta análise foram definidas hipóteses e foi determinado o coeficiente de correlação ρ de Spearman.

A correlação permite avaliar o grau de associação linear entre variáveis, o que não comprova que exista causalidade entre estas. O valor dos coeficientes de correlação varia entre 0 e 1, sendo que quando mais próximo de 1 está o coeficiente, mais forte é a associação que existe entre as variáveis, ou seja, que a intensidade de uma das variáveis tende a acompanhar a intensidade da outra. Esta associação pode ser positiva ou negativa, significando que as variáveis evoluem num mesmo sentido, ou no sentido inverso, respetivamente (Martinez e Ferreira, 2007).

As hipóteses colocadas serão analisadas em seguida (tabela 4.7, 4.8, 4.9 e 4.10).

Tabela 4.7 Coeficiente de correlação de Spearman entre a faixa etária e exigências quantitativas.

H0: Não existe associação entre as variáveis faixa etária e exigências quantitativas.
H1: Existe associação entre as variáveis faixa etária e exigências quantitativas.

Correlações			
		Faixa Etária	Exigências quantitativas
Faixa Etária	Coeficiente de Correlação	1,00	-0,15
	Sig. (2 extremidades)	.	0,42
	N	31	31
Exigências quantitativas	Coeficiente de Correlação	-0,15	1,00
	Sig. (2 extremidades)	0,42	.
	N	31	31

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Verifica-se um coeficiente de correlação de -0,15 com um nível de significância de 0,42, pelo que se concluiu que existe uma correlação negativa fraca pouco significativa entre

as variáveis. Perante esta evidência, H0 é verdadeira, não existindo associação entre as variáveis faixa etária e exigências quantitativas.

Tabela 4.8 Coeficiente de correlação de Spearman entre a faixa etária e autoeficácia.

H0: Não existe associação entre as variáveis faixa etária e autoeficácia.
H2: Existe associação entre as variáveis faixa etária e autoeficácia.

Correlações			
		Faixa Etária	Autoeficácia
Faixa Etária	Coeficiente de Correlação	1,00	0,41*
	Sig. (2 extremidades)	.	0,02
	N	31	31
Autoeficácia	Coeficiente de Correlação	0,41*	1,00
	Sig. (2 extremidades)	0,02	.
	N	31	31

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Verifica-se um coeficiente de correlação de 0,41 com um nível de significância de 0,02, pelo que se constata uma correlação positiva moderada e significativa entre as variáveis. Considera-se, assim, que H2 é verdadeira.

Tabela 4.9 Coeficiente de correlação de Spearman entre habilitações literárias e as exigências cognitivas.

H0: Não existe associação entre as habilitações literárias e as exigências cognitivas.
H3: Existe associação entre as habilitações literárias e as exigências cognitivas.

Correlações			
		Habilitações literárias	Exigências cognitivas
Habilitações literárias	Coeficiente de Correlação	1,00	0,43*
	Sig. (2 extremidades)	.	0,02
	N	31	31
Exigências cognitivas	Coeficiente de Correlação	0,43*	1,00
	Sig. (2 extremidades)	0,02	.
	N	31	31

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Verifica-se um coeficiente de correlação de 0,43 com um nível de significância de 0,02, pelo que se conclui que foi encontrada uma correlação positiva moderada e significativa entre as variáveis. Considera-se, assim, que H3 é verdadeira.

Tabela 4.10 Coeficiente de correlação de Spearman entre o tempo total de serviço na profissão e o significado do trabalho.

H0: Não existe associação entre o tempo total de serviço na profissão e o significado do trabalho.
H4: Existe associação entre o tempo total de serviço na profissão e o significado do trabalho.

Correlações			
		Tempo total de serviço na profissão	Significado do trabalho
Tempo total de serviço na profissão	Coeficiente de Correlação	1,00	-0,41*
	Sig. (2 extremidades)	.	0,02
	N	31	31
Significado do trabalho	Coeficiente de Correlação	-0,41*	1,00
	Sig. (2 extremidades)	0,02	.
	N	31	31

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

Verifica-se um coeficiente de correlação de -0,41 com um nível de significância de 0,02, pelo que se concluiu que existe uma correlação negativa moderada e significativa entre as variáveis. Considera-se, assim, que H4 é verdadeira.

H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a subescala do COPSOQII problemas em dormir.
H5: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a subescala do COPSOQII problemas em dormir.

Recorreu-se ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para identificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e os riscos psicossociais. Verificou-se que apenas existiram diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino na dimensão problemas em dormir. Neste subescala, as mulheres registaram uma média das ordens (*mean rank*) de 17,9 enquanto nos homens foi de 6,10 com uma significância de 0,007, logo H5 é verdadeira.

4.5 Significado de riscos psicossociais

Através da análise das entrevistas verifica-se que a definição de riscos psicossociais aparenta ser relativamente unânime entre os entrevistados. É consensual que os riscos psicossociais são fatores associados ao local de trabalho, que podem ter impacto a nível da saúde física e psicológica dos profissionais. Tanto o E_Gestor (2022), como o E_USP (2022) acrescentam o impacto a nível da esfera social do profissional.

4.6 Fatores de risco psicossociais

Nesta categoria procurou-se averiguar os fatores de risco psicossocial associados às instituições de saúde de uma forma geral e, posteriormente, de uma forma mais restrita, que caracterizam as unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários.

O C_ProGeRPSi (2022) mencionou como fatores de risco psicossociais a “sobrecarga emocional” e “física”, a dificuldade de “conciliação do trabalho com a vida familiar”, “as relações interpessoais”, a dificuldade de progressão na carreira, a falta de reconhecimento, “os conflitos com os colegas” e superiores hierárquicos, a perceção da “qualidade da liderança” e os fenómenos de *mobbing*, de *bullying* ou de assédio sexual no local de trabalho. Este alerta, ainda, para o facto que “a exposição à violência (...) está cada vez mais a aumentar, principalmente em médicos e em enfermeiros”. Porém, no Baixo Alentejo (interior), ao contrário das grandes cidades em que há uma oferta mais diversificada de serviços de saúde, os utentes têm maior tendência em valorizar e reconhecer o papel dos profissionais de saúde.

Para o E_Gestor (2022), constituem-se como fatores de risco, “situações que são causadoras de grande stress ou de grande ansiedade”, principalmente quando estas são prolongadas no tempo, como a sobrecarga de atividades que têm que ser desenvolvidas num período temporal demasiado curto; o aumento do número de horas de trabalho e os conflitos com os utentes. Refere, ainda, situações associadas ao teor das funções dos profissionais de saúde, principalmente o facto de ter que lidar com situações limiares de vida ou de morte.

O E_USP (2022) classificou os fatores de risco psicossociais em duas categorias: “fatores relacionados com a estrutura da organização e fatores relacionados com a organização do

trabalho.” Os primeiros englobam a falta de definição ou de clareza das funções, a falta de comunicação interna, os conflitos interpessoais dentro do mesmo serviço ou entre serviços, a falta de oportunidades de desenvolvimento profissional, a insuficiência ou ausência de compensações e de reconhecimento profissional.

No âmbito da organização do trabalho destacou a sobrecarga de trabalho, o elevado número de horas de trabalho, os horários por turnos, a insuficiência das pausas para descanso, as ordens superiores contraditórias, a necessidade de adaptação permanente a alterações frequentes. Destacou ainda o desalinhamento entre os objetivos pessoais do colaborador e as tarefas profissionais, o facto de o conteúdo do trabalho não ter significado para o trabalhador, as tarefas pouco motivantes e desadequadas para as competências do trabalhador, as tarefas repetitivas e a falta de envolvimento nas decisões associadas ao local de trabalho.

O C_ProGeRpsi (2022) foi o único entrevistado que considerou que existiam diferenças relativamente à influência dos fatores de risco psicossociais nos cuidados de saúde primários. Na sua opinião, os profissionais de saúde que exercem funções nos Cuidados de Saúde Primários estão menos sujeitos aos fatores de risco resultantes do horário de trabalho, por o seu horário de trabalho não abranger turnos noturnos. O horário por turnos, característico dos Cuidados de Saúde Hospitalares está muito associado a problemas como “aumento do stress, problemas de sono, dificuldades acrescidas a conciliar a medicação [prescrita] com os turnos e impacto na saúde em geral.”. Em contrapartida, este entrevistado considera que as exigências emocionais estão particularmente presentes nos Cuidados de Saúde Primários e estão relacionadas com o facto de estes serem, regra geral, o primeiro ponto de contato do utente com os cuidados de saúde. Por esse motivo estão mais expostos a episódios de violência e a pressões indevidas por parte dos utentes. Por outro lado, estes profissionais desempenham parte das suas atividades na comunidade, o que faz com que tenham uma interação próxima com situações degradantes da realidade social (C_ProGeRpsi, 2022).

O C_ProGeRpsi (2022) enfatiza, que "isto é uma bola de neve, não é? Cada um [fator de risco psicossocial] amplifica o outro. E a soma de tudo, não é igual à soma das partes, é muito maior.”

4.7 Impacto dos riscos psicossociais

Nesta categoria, tentou-se compreender a percepção que os entrevistados têm do impacto dos riscos psicossociais ao nível da organização, do indivíduo e das diferentes categorias profissionais.

4.7.1 A nível individual

Ao nível do indivíduo, o E_USP (2022) considera que os fatores de risco psicossociais interferem com o bem-estar do trabalhador. O C_ProGeRPsi (2022) acrescenta os seus efeitos na saúde, como os distúrbios do sono, o *burnout*, o *stress* excessivo e sintomas depressivos. E_Gestor (2022) associa os riscos psicossociais ao aumento do *stress* e da ansiedade.

4.7.2 A nível grupal

No que remete ao impacto inerente às diferentes categorias profissionais, as opiniões não são consensuais. O E_Gestor (2022) percebe os assistentes operacionais, seguidos dos enfermeiros, como os profissionais com maior absentismo associado aos fatores de risco psicossociais presentes no trabalho.

O E_USP (2022) é da opinião que não existe uma distinção significativa do impacto dos riscos psicossociais entre as diferentes categorias de profissionais de saúde. Este percebe que todos os profissionais “sofrem uma pressão tremenda ou pelo menos nos últimos anos têm vindo a sofrer uma pressão tremenda. E não digo os últimos anos relacionados com o COVID, é mesmo antes disso.” Considera este entrevistado que, associados às funções de cada profissão, existem riscos que se encontram mais evidentes, não obstante, os profissionais desenvolvem estratégias para se protegerem dos mesmos.

Detendo uma perspetiva, um pouco diferenciada, o C_ProGeRPsi (2022) percebe a existência de padrões específicos associados a determinadas classes/subclasses profissionais, sexos ou idade que necessitam ser estudados e carecem de uma resposta direcionada. Segundo o mesmo entrevistado, os estudos apontam para perfis semelhantes

entre as categorias profissionais: médico, enfermeiro e auxiliares de ação médica. No entanto, na subclasse dos médicos internos há um agravamento do risco que pode estar associado ao facto de ainda estarem em formação, logo muito dependentes da avaliação. Os enfermeiros e os profissionais do sexo feminino são os que apresentam maior absentismo.

Analisando a perceção do impacto dos riscos psicossociais nos elementos com funções de gestão, é possível detetar discrepâncias significativas nas perspetivas dos elementos entrevistados. O C_ProGeRPsi (2022), considera que os profissionais que desempenham funções de gestão, são os que têm um “perfil de risco mais favorável dentro da instituição” por não estarem sujeitos aos riscos psicossociais associados à prática clínica nem a horários por turnos.

Partilhando uma perspetiva diferente, o E_Gestor (2022) e o E_USP (2022), concordam que os profissionais que desempenham funções de gestão estão sujeitos a enorme pressão e a situações, por vezes, extremas de *stress*, o que tem um impacto muito significativo em termos de riscos psicossociais.

4.7.3 A nível organizacional

O C_ProGeRPsi (2022) considera que, ao nível da organização, o impacto dos riscos psicossociais pode materializar-se em situações de perda de produtividade, risco de litigância, absentismo e presentismo. Na sua opinião, os custos associados a estes fenómenos são, possivelmente, muito superiores aos custos de se intervir na sua prevenção.

Na perspetiva do E_Gestor (2022) o fator de risco psicossocial com maior impacto é o excesso de trabalho, seguido do conflito, que estão na origem de várias situações de absentismo.

Para o E_USP (2022) os fatores de risco psicossociais têm impacto na produtividade e na qualidade do trabalho desenvolvido. Na sua perspetiva, a automatização do trabalho, através de tarefas repetitivas e estratificado por tarefas, torna o trabalho rotineiro, desmotivante e pouco interessante. Acrescenta que as unidades de saúde são “ecossistemas ou viveiros destes problemas todos.”

4.8 Impacto da pandemia no agravamento dos riscos psicossociais

Tendo em consideração que a pandemia provocada pelo SARS-Cov-2 desencadeou alterações profundas no funcionamento nas unidades de saúde, considerou-se importante refletir sobre o seu impacto no agravamento dos riscos psicossociais. Da análise das entrevistas verificou-se que as opiniões dos três entrevistados convergem, sendo consensual que a pandemia teve um impacto considerável no agravamento dos riscos psicossociais.

O C_ProGeRpsi (2022) fundamenta a sua perspetiva com um estudo que desenvolveu em 2021, na ULSBA, com o objetivo avaliar os fatores de risco psicossociais associados aos profissionais dos cuidados de saúde hospitalares que integraram equipas de tratamento ao utente com Covid-19. Realizando uma análise comparativa com os resultados de um estudo anterior, observou um aumento do risco associado a grande parte dos fatores de risco.

O C_ProGeRpsi (2022) fundamenta, também, a sua perspetiva com o aumento significativo “na procura das consultas de psiquiatria do trabalho, que já em 2020 havia um aumento de quatrocentos por cento no número de primeiras consultas.”

Na perspetiva E_Gestor (2022), a pandemia acabou por ampliar características individuais, “as pessoas com mais capacidade de trabalho, de desenvolver várias tarefas e com sucesso e de se manterem motivadas, portanto, são as mesmas que já eram antes.” A atividade profissional inerente ao cargo de coordenação permitiu que o entrevistado pudesse ter uma perspetiva muito abrangente do comportamento dos profissionais de saúde perante as demandas inerentes à pandemia. O mesmo deparou-se com dificuldades por parte dos profissionais em gerir as situações com que eram confrontados e o medo a elas associado. À medida que a pandemia evoluiu, identificou situações de cansaço extremo, desmotivação, dificuldade em voltar à normalidade e às funções desempenhadas anteriormente. Neste contexto, começou a emergir o fenómeno do *quiet quitting* entre os profissionais da instituição.

Os entrevistados apontaram também aspetos positivos associados à pandemia. O C_ProGeRpsi (2022), observou o aumento da perceção do risco. Na sua perspetiva, este interesse e sensibilidade para o risco é muito importante e incentiva a que mais profissionais se interessem por esta temática. O E_USP (2022) verificou que “também

houve pessoas que se sentiram mais (...) úteis (...) “gostaram do tempo” que tiveram pressionados, que se sentiram a ajudar os outros”.

4.9 Importância da gestão dos riscos psicossociais

Quando questionados acerca do grau de importância atribuída à gestão dos riscos psicossociais os entrevistados são unânimes em afirmar que é fundamental investir na gestão dos riscos psicossociais. Não obstante, estes abordam várias condicionantes que interferem com o sucesso das medidas de gestão destes mesmos riscos.

Para o C_ProGeRPsi (2022) o apoio da gestão, principalmente da gestão superior é fundamental, porque “se a gestão superior não dá o exemplo, as pessoas da cadeia hierárquica não percebem que isto é um problema (...) principalmente as chefias intermédias.” As chefias intermédias tendem a encarar esta temática como uma ameaça à sua gestão e receiam que a avaliação do seu desempenho possa ser afetada pela emergência desses riscos.

O E_Gestor (2022) expressa uma perspetiva diferente, considerando que, “ao nível da gestão intermédia há uma preocupação com as pessoas nesse sentido e, com a importância de se realizarem intervenções para a gestão destes riscos psicossociais”, o que pode ser proporcionado pela sua proximidade com os profissionais da equipa. Para a gestão de topo a preocupação, poderá por vezes, não ser tão evidente.

O E_USP (2022) argumenta que, apesar de cada vez mais se valorizar o bem-estar do trabalhador, ainda existe uma dificuldade na função pública e dos serviços de saúde em acompanharem esta realidade. O C_ProGeRPsi (2022) acrescenta que a solução poderá passar por uma alteração legislativa que torne obrigatório a integração de profissionais de saúde mental nos serviços de Medicina no Trabalho.

Relativamente às vantagens da gestão dos riscos psicossociais, os elementos que participaram nas entrevistas consideram, de forma unânime, que da gestão dos riscos psicossociais podem advir vantagens e benefícios relevantes para instituição e para o profissional.

O C_ProGeRPsi (2022) alerta para o facto de os profissionais de saúde apresentarem perfis mais preocupantes em termos de riscos psicossociais, “e justifica-se que hajam intervenções ou programas dirigidos especificamente, porque são áreas em que se assiste a muitos problemas.” As doenças mentais provocam um absentismo mais elevado que algumas doenças crónicas e Portugal é dos países com maior prevalência de doenças mentais. A sua prevenção permite reduzir o absentismo e obter ganhos em produtividade.

O E_Gestor (2022) acrescenta que o bem-estar do profissional contribui positivamente para a instituição, fomentando um ambiente mais positivo e favorável dentro das equipas, diminuindo os conflitos, prevenindo o erro clínico, promovendo, a qualidade dos cuidados prestados e da relação estabelecida com os utentes. “Uma pessoa com um bem-estar psicossocial é muito mais produtiva, portanto, aumenta a produtividade da equipa, logo contribui para a produtividade da unidade funcional (...) para a produtividade do ACES e no nosso caso da ULSBA.”, reforça o E_Gestor (2022).

Na opinião do E_USP (2022), o investimento na gestão dos riscos psicossociais, permite que o profissional esteja focado, com consequentes benefícios a nível da produtividade e da “qualidade, principalmente a qualidade na prestação de cuidados de saúde fica altamente beneficiada e esse é o nosso foco”.

4.10 Ações e medidas de apoio ao nível da gestão dos riscos psicossociais

Questionado acerca da avaliação das medidas protetoras dos trabalhadores previstas pelo Código do Trabalho, o C_ProGeRPsi (2022) reforça que “é obrigação da entidade empregadora e dos serviços de saúde ocupacional fazerem essas medições [dos fatores de risco psicossociais] e tomar medidas corretivas”. As medidas instituídas devem promover a recuperação dos trabalhadores com doenças mentais, aumentar a consciencialização e reduzir o estigma associado a estas doenças. Para o E_USP (2022) “Portugal tem uma base legislativa robusta e muito bem instituída. (...) o problema é a implementação e regulação dessas situações.”

O E_Gestor (2022) complementa, referindo que existe uma preocupação por parte das entidades patronais em instituir medidas baseadas nas diretrizes emanadas, através da criação de grupos de trabalho ou nomeação de responsáveis pela sua implementação. No

entanto, estes esforços poderão não ser suficientes. Os próprios gestores estão sujeitos a graus elevadíssimos de *stress* e de pressão, que, de uma forma inconsciente, acabam por ser condicionados a direcionar a sua atenção para outras áreas em detrimento dos fatores de risco psicossociais. Segundo o mesmo entrevistado estes “vivem sob riscos psicossociais enormes, enormes e acho que às vezes até se esquecem desse compromisso e que até podem elas próprias usufruir dessas intervenções que possam existir ou deveriam de existir também para as aliviar.”

No âmbito das entrevistas foram colocadas questões que pretenderam explorar a existência de projetos, estudos e medidas direcionadas para a gestão dos riscos psicossociais tanto no âmbito geral, como em particular, na ULSBA.

O C_ProGeRpsi (2022) foi bastante entusiástico ao enumerar várias iniciativas, como a publicação das Guidelines da OMS Europa para a Saúde Mental no Trabalho; diretrizes desenvolvidas por organizações internacionais, como a Organização Mundial do Trabalho, a National Mental Health Commission and Mental Health Workplace Alliance na Austrália; trabalhos desenvolvidos pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental, em Portugal; a recente criação do versão III do COPSOQ; programas específicos que promovem ambientes de trabalho saudáveis, a regulação das horas de trabalho e a conciliação do trabalho com a família pelos países nórdicos e muitas outras campanhas e grupos de estudo que se têm dedicado a esta temática. No entanto, este reconhece que existem ainda uma série de iniciativas individuais de instituições, sem ligação entre si, pelo que refere “Por cá, há uma série de iniciativas desgarradas, sem contato umas com as outras, em que se vai fazendo alguma coisa...”

O C_ProGeRpsi (2022) enfatizou a existência de “uma abordagem que é mais europeia” que preconiza que se atue, a nível do local de trabalho, alterando as condições necessárias para promover o bem-estar do trabalhador. Existe uma outra “abordagem mais asiática, que é que as condições de trabalho são imutáveis (...) portanto promove-se o aumento da resiliência.” Considera que essas duas abordagens não são mutuamente exclusivas, pelo que devem ser aplicadas em complementaridade: aumentar a resiliência pessoal, promover e facilitar a procura antecipada de ajuda.

Tanto o E_Gestor (2022), como o E_USP (2022) reconhecem não dispor de informações suficientes relativas a esta subcategoria. Contudo, o E_USP (2022) descreve um conjunto

de medidas que considera fundamentais que as organizações apliquem, em prol da prevenção dos riscos psicossociais. Como a existência de planos de comunicação interna claros, flexíveis e eficazes; realização de uma boa integração dentro da instituição; transmissão da informação necessária para que o profissional conheça o seu papel na instituição; alinhamento do plano de formação com as necessidades dos profissionais e o reconhecimento por parte das hierarquias. O investimento nestas áreas permite que o profissional se foque no seu trabalho e nas suas responsabilidades técnicas.

De uma forma mais restrita, a nível da ULSBA, foi desenvolvido o ProGerPsi que engloba “intervenções ao nível da prevenção primária, secundária e terciária”. Este projeto é desenvolvido numa parceria entre o Serviço de Psiquiatria e o Serviço de Medicina do Trabalho. Os critérios para ser integrado programa são: ser funcionário da ULSBA e solicitar ajuda no âmbito da saúde mental. Após a avaliação inicial é referenciado para intervenções direcionadas ao problema identificado, seja para a consulta de médica de Psiquiatria, a consulta de enfermagem de saúde mental ou a psicoterapia. O período de intervenção, regra geral, termina com sucesso ao final de um período de quatro semanas.

O C_ProGeRPsi (2022) referiu que a temática dos riscos psicossociais foi integrada no plano de formação interna. Na sua entrevista, o entrevistado mencionou uma outra iniciativa referente à implementação de “intervenções dirigidas” para os problemas identificados nos serviços. O processo inicia-se após solicitação por parte das chefias do serviço, o que, na sua perspectiva, poderá justificar a existência de poucos pedidos. As intervenções são implementadas pela psicóloga da equipa, após a aplicação dos questionários COPSOQ e *Quality of Life*. O principal objetivo destas intervenções é melhorar a resiliência e as condições de trabalho.

Idealmente estas intervenções deveriam ser aplicadas à “chefia do serviço e os serviços a montante e a jusante. Porque às vezes os problemas de um serviço dependem de outro.” Esta interações entre as chefias é frequentemente complicada, afirmando que: “Isto esbarra sempre com *office politics*, coisas extra saúde, e mais uma vez o papel das chefias intermédias, que bloqueiam.”

O C_ProGerPsi (2022) menciona, também, o programa Vita-Q direcionado para profissionais com níveis elevados de absentismo. A intervenção consiste na aplicação de técnicas de relaxamento, de gestão das relações interpessoais, de gestão do tempo,

exercício físico e alimentação saudável, mantendo periodicidade de duas vezes por semana, durante três meses. Após a aplicação do programa verificou-se uma redução do absentismo em média em 0,73 dias/pessoa/mês de trabalho, o que representou um ganho económico de 31 euros/pessoa/mês.

O E_Gestor (2022) acrescenta que localmente em algumas unidades do ACES foram iniciadas atividades com carácter pontual. Por não serem atividades com carácter contínuo, a sua “eficácia ou eficiência, também não é muita”. Expressa algumas preocupações relativas à efetividade destes projetos, referindo que “numa organização com a dimensão da nossa, não sei se a iniciativa que existe é suficiente para dar essa resposta, não sei se as pessoas têm conhecimento da existência desses projetos, dessas intervenções de gestão de riscos psicossociais e se não há mais utentes nesses projetos porque não sabem ou por que não são referenciados.”

Em termos de estudos empíricos realizados, o C_ProGeRPsi (2022) referiu que em 2017 foi realizado um estudo sobre “Riscos Psicossociais em Trabalhadores de Uma Unidade Local de Saúde no Alentejo”. No âmbito deste estudo foi aplicado o COPSOQ aos profissionais da ULSBA. Posteriormente, durante a pandemia, foi realizado um outro estudo sobre os riscos psicossociais nos profissionais que estavam a trabalhar com utentes infetados com Covid-19. A equipa de investigação recebeu um prémio nacional, “Investir em Saúde”, em reconhecimento do apoio na recuperação da pandemia. Colaborou, também, com um capítulo, no livro “Integrating the Organization of Health Services, Worker Wellbeing and Quality of Care” da Springer, onde é referenciado como exemplo de boas práticas.

4.11 Desafios e projetos futuros ao nível gestão dos riscos psicossociais

O C_ProGeRPsi (2022) nomeia vários desafios futuros no âmbito da gestão dos riscos psicossociais: aumentar o investimento na área dos riscos psicossociais; dinamizar as medidas existentes junto dos CSP; desenvolver estratégias cada vez mais dirigidas para cada problema específico; demonstrar que a promoção da saúde mental é um investimento e não um custo e motivar mais profissionais a interessar-se pela prevenção dos riscos psicossociais.

O C_ProGeRPsi (2022) considera que o estigma associado à doença mental é, paradoxalmente, mais evidente dentro das instituições de saúde, o que se constitui como um desafio à implementação de medidas e projetos no âmbito dos fatores de risco psicossociais. Pela sua experiência clínica verifica que “os profissionais de saúde são muito renitentes a pedir ajuda (...) há dificuldade em as próprias pessoas reconhecerem os problemas.”

De acordo com o C_ProGeRPsi (2022), existem várias atividades idealizadas que necessitam de profissionais para as dinamizar e envolvem a continuidade dos estudos já realizados, no âmbito dos riscos psicossociais. Pretende também replicar o ProGerPsi noutras instituições e, posteriormente, estender estes projetos aos grupos privados de saúde e às empresas com capital que possam investir nos respetivos recursos humanos.

O E_Gestor (2022) alerta “que esta área dos riscos psicossociais sempre esteve presente, mas, cada vez poderá ter um impacto maior nas organizações e é uma área necessita de investimento.” Na sua prática profissional, verifica que os profissionais cada vez desenvolvem menos competências individuais para gerir os riscos psicossociais, pelo que a criação de uma estrutura de apoio, o desenvolvimento de projetos ou de medidas de acompanhamento são fundamentais no auxílio à prevenção do absentismo. Considera importante replicar-se projetos e intervenções, na instituição, cuja validade e eficácia esteja comprovada.

O E_USP (2022) considera que as unidades de saúde, pela sua especificidade, constituem um desafio à gestão dos riscos psicossociais, merecendo uma atenção especial por parte dos órgãos de gestão. Enfatiza o caráter urgente de se intervir perante os riscos psicossociais, verbalizando que “Os desafios não são do futuro, os desafios deviam ser já de hoje.”

4.12 Análise lexical e sintática do discurso dos entrevistados

Bardin (2016) propõe a análise lexical e sintática de um texto, que permite analisar o código, ou seja, as unidades semânticas e a sintaxe e relacionar com a frequência com que são referidas. As unidades de vocabulário usadas podem ser classificadas em “palavras plenas”, detentoras de sentido, que englobam os substantivos, verbos e adjetivos, e as

Tabela 4.11 Tabela de frequências das palavras mais frequentes.

Palavra	C_ProGerPsi	%*	E_Gestor	%*	E_USP	%*	Total	%**	Significado
ser	274	4,57 %	116	4,73 %	117	4,40 %	507	4,56 %	Corresponde a determinada qualidade; permite exprimir uma dada realidade.
não	105	1,75 %	52	2,12 %	57	2,14 %	214	1,93 %	Exprime recusa ou negação.
ter	87	1,45 %	40	1,63 %	39	1,47 %	166	1,49 %	Que possui ou tem algo em seu poder; usufruto ou padecimento de algo; vivência de determinada situação.
estar	85	1,42 %	29	1,18 %	45	1,69 %	159	1,43 %	Descreve uma dada situação atual; experienciar de determinado sentimento.
pessoa	57	0,95 %	48	1,96 %	17	0,64 %	122	1,10 %	Ser humano; indivíduo de direitos e deveres.
muito	58	0,97 %	28	1,14 %	27	1,02 %	113	1,02 %	Indicador de uma intensidade/quantidade elevada, mas não definida.
fazer	74	1,23 %	7	0,29 %	26	0,98 %	107	0,96 %	Prática ou o ato de criar ou de transformar algo; desenvolvimento de ações para um determinado fim.
haver	64	1,07 %	20	0,82 %	11	0,41 %	95	0,86 %	Existência ou a posse de algo; algo que aconteceu ou existe; ter em consideração algo.
trabalhar	54	0,90 %	16	0,65 %	24	0,90 %	94	0,85 %	Desenvolvimento de esforços com um determinado objetivo; exercício da atividade profissional.
mais	55	0,92 %	22	0,90 %	14	0,53 %	91	0,82 %	Em maior quantidade ou grau.

*Frequência relativa

**Frequência Absoluta

Fonte: Elaboração própria com base na análise das entrevistas realizadas e em Priberam (2022).

No âmbito da análise lexical e sintática, analisou-se a frequência das palavras relacionadas com os fatores de risco psicossociais, fatores de proteção e consequências dos riscos psicossociais. Analisando a tabela de frequências das palavras relacionadas com os fatores de risco psicossocial (apêndice 8.1), verifica-se que os fatores de risco com mais menções foram o “conflito” e a “exigência”, com 15 menções cada, a “pressão” e o “horário”, com 12 e 11 menções respetivamente. A palavra “conflito” foi referida maioritariamente pelo C_ProGerPsi e pelo E_Gestor. A “exigência” foi um conceito

apenas mencionado pelo C_ProGerPsi. A palavra “pressão” e “horário” estiveram presentes maioritariamente no discurso do C_ProGerPsi e do E_USP.

Tabela 4.12 Tabela de frequências das palavras relacionadas com os fatores de risco psicossocial, distribuídos por categorias.

Categoria	Unidade de Significação	C_ProGerPsi	E_Gestor	E_USP	Total	%**
“natureza, conteúdo e carga de trabalho”	Exigência	15	0	0	15	0,14%
	Pressão	7	1	4	12	0,11%
	Carga	0	4	2	6	0,05%
	Repetitivo	0	1	3	4	0,04%
	Conteúdo	0	0	2	2	0,02%
	Excesso	1	2	0	3	0,03%
	Exigências	2	0	0	2	0,02%
	Burocrático	1	0	0	1	0,01%
	Esforçar	0	1	0	1	0,01%
	Esforço	1	0	0	1	0,01%
	Excessivo	1	0	0	1	0,01%
	Exigir	0	0	1	1	0,01%
Subcarga	1	0	0	1	0,01%	
		29	9	12	50	0,47%
“condições, organização e tempo de trabalho”	Horário	6	0	5	11	0,10%
	Turno	5	0	1	6	0,05%
	Insegurança	3	0	0	3	0,03%
	Noturnos	1	0	0	1	0,01%
		15	0	6	21	0,19%
“contextos sócio relacionais do trabalho”	Conflito	7	7	1	15	0,14%
	Violência	4	0	0	4	0,04%
	Agressão	1	0	0	1	0,01%
	Assédio	1	0	0	1	0,01%
	<i>Bullying</i>	1	0	0	1	0,01%
	Boicotar	1	0	0	1	0,01%
	Conflituoso	0	1	0	1	0,01%
	Criticar	1	0	0	1	0,01%
	Culpar	0	0	1	1	0,01%
	Descriminar	1	0	0	1	0,01%
	<i>Mobbing</i>	1	0	0	1	0,01%
Pressionar	0	0	1	1	0,01%	
		18	8	3	29	0,28%
“relação trabalho/vida familiar, social cultural”	Familiar	2	0	4	6	0,05%
	Despedir	1	0	0	1	0,01%
		3	0	4	7	0,06%

**Frequência Absoluta

Fonte: Elaboração própria com base na análise das entrevistas realizadas.

Tendo em consideração as categorias definidas pela DGS (2021: 26), foram identificados fatores de risco relacionados com a “natureza, conteúdo e carga de trabalho” (“exigência”, “pressão”, “carga”, “[trabalho] repetitivo”, “conteúdo [do trabalho]”, “exigências”, “excesso”, “burocrático”, “esforçar”, “esforço”, “excessivo”, “exigir”, “subcarga”), com as “condições, organização e tempo de trabalho” (“horário”, “noturnos”, “turno”, “insegurança”), com os “contextos sócio relacionais do trabalho” (“conflito”, “violência”, “agressão”, “assédio”, “*bullying*”, “boicotar”, “conflituoso”, “criticar”, “culpar”, “discriminar”, “*mobbing*”, “pressionar”) e com a “relação trabalho/vida familiar, social e cultural” (“despedir”, “[vida] familiar”). Os resultados foram sistematizados na tabela 4.12.

Analisando os termos relacionados com as consequências dos fatores de risco psicossocial (apêndice 8.2), verifica-se que a palavra “*stress*” ocupa uma posição de destaque com 22 menções, distribuídas de forma maioritária e equitativa pelo C_ProGerPsi e pelo E_Gestor. Segue-se o “absentismo”, referido 13 vezes, 12 das quais pelo C_ProGerPsi.

A palavra “doença(s)” foi referida 13 vezes, no entanto, existem outras palavras do seu campo lexical, como “doente” com um total de 10 menções, 8 pelo C_ProGerPsi e 2 pelo E_USP, e “adoecer”, mencionado 1 vez pelo C_ProGerPsi. A “ansiedade” é referida por 6 vezes no discurso do E_Gestor. O “*burnout*” é mencionado 5 vezes, 4 das quais pelo C_ProGerPsi. A palavra “depressão” e “depressivo” têm um total de 4 menções, todas pelo C_ProGerPsi.

A palavra “erro(s)”, bem como outros termos pertencentes ao seu campo lexical, “errar” e “litigância”, estiveram presentes em todas as entrevistas, tendo sido referidas num total de 10 vezes, 6 das quais pelo E_Gestor.

Relativamente aos fatores de proteção que permitem intervir na prevenção dos fatores de risco psicossociais ou reduzir a gravidade das suas consequências, observa-se uma elevada incidência de referências ao conhecimento e formação (“formar”, “estudar”, “estudo”, “formação”, “conhecimento”, “conhecer”, “integração”, “aprender”, “clarificação”, “educação”, “ensinar”, “informação”), com um total de 99 menções, 48 pelo C_ProGerPsi, 35 pelo E_USP e 16 pelo E_Gestor (apêndice 8.3).

Pela análise das tabelas de frequência (apêndice 8.1, 8.2 e 8.3) verifica-se que foram identificadas 158 ocorrências associadas aos fatores de risco, 291 aos fatores de proteção e 114 às consequências, o que pode revelar uma elevada sensibilidade para a necessidade prevenção e conhecimento sobre as medidas de intervenção para a prevenção dos riscos psicossociais.

Por várias vezes foram realizadas menções aos órgãos de gestão ou a atividade de chefia (apêndice 8.4). O C_ProGerPsi realizou 70 menções de termos associados a este tema; o E_Gestor realizou 19 menções e o E_USP 16. Verifica-se, deste modo, que independentemente da área em que os entrevistados trabalham é consensual a importância do papel dos cargos de chefia na gestão dos fatores de risco psicossociais. Concomitantemente reconhece-se a pressão exercida sobre os elementos, bem como outros fatores de risco, que afetam os profissionais que exercem estes cargos.

4.13 Análise global das percepções dos participantes

A análise dos resultados obtidos através dos questionários e das entrevistas, permitiram verificar a existência tanto de pontos convergentes que corroboram os resultados obtidos em ambos os instrumentos, como de pontos divergentes, que deverão ser alvo de análise.

O E_USP (2022) é da opinião que não existe uma distinção significativa do impacto dos riscos psicossociais entre as diferentes categorias de profissionais de saúde. Através da análise dos questionários, foram identificados riscos psicossociais específicos por categoria profissional. Os técnicos superiores apresentam risco para a saúde nas dimensões “exigências cognitivas”, “exigências emocionais” e “apoio social de superiores”. Considera-se importante referir que este é o único grupo profissional que não tem a chefia direta a exercer funções no mesmo espaço físico onde trabalham regularmente. Na categoria profissional dos médicos foi identificado risco para a saúde a nível das “exigências cognitivas” e “exigências emocionais”. O C_ProGeRPsi (2022), corrobora esta ideia, identificando a existência de padrões específicos de riscos psicossociais associados a determinadas classes/subclasses profissionais, sexos ou idade que devem ser alvo de estudo e carecem de uma resposta direcionada.

Ao longo das entrevistas, os participantes mencionam fatores associados aos riscos psicossociais identificados nos questionários. Relacionados com as “exigências emocionais” foi feita menção às pressões indevidas exercidas pelos utentes, à interação com contextos limiares de vida e de morte e ao desenvolvimento de atividades num contexto muito próximo da comunidade, o que envolve o contato próximo com situações degradantes da realidade social. Ao nível das “exigências cognitivas” é abordada a necessidade de adaptação permanente a alterações e exigências frequentes e o desenvolvimento de tarefas desadequadas para as competências do profissional. Por fim, no âmbito do “apoio social de superiores” é feita referência aos conflitos com os superiores hierárquicos, aos problemas de comunicação interna e às ordens superiores contraditórias.

O E_Gestor (2022) percebe os assistentes operacionais, seguidos dos enfermeiros, como os profissionais com maior absentismo associado aos fatores de risco psicossociais presentes no trabalho. O C_ProGerPsi (2022) considera que os enfermeiros são os profissionais com maior absentismo. Analisando as faltas em 2021, na UCSP de Mértola, verificou-se que os dados obtidos corroboram em parte as perspetivas expostas. O grupo profissional em que mais elementos assumem ter faltado foi o dos enfermeiros (37,5%), seguido dos técnicos superiores (25,0%), assistentes operacionais (18,8%), assistentes técnicos (12,5%) e médicos (6,3%). Segundo o C_ProGerPsi (2022) os profissionais do sexo feminino são os que apresentam maior absentismo, tendo-se verificado que na UCSP de Mértola 87,5% estão associadas a elementos do sexo feminino e 12,5% a elementos do sexo masculino.

O E_Gestor (2022) alerta para o fenómeno do *quiet quitting* que começou a surgir recentemente entre os profissionais da instituição, associando-o ao período após pandemia. Este fenómeno relaciona-se com as dimensões do COPSQ “compromisso face ao local de trabalho”, “satisfação face ao local de trabalho” e “significado do trabalho”. Os resultados obtidos revelam que as duas primeiras subescalas se encontram numa situação intermédia e a última numa situação favorável para a saúde.

O C_ProGeRPsi (2022) foi o único entrevistado que considerou que existiam diferenças na influência dos fatores de risco psicossociais nos CSP relativamente aos demais níveis de cuidados. Este considera que os profissionais que trabalham nos CSP estão mais expostos a episódios de violência, a pressões indevidas por parte dos utentes e a situações

degradantes da realidade social. No entanto, ressalva que apesar da exposição dos profissionais à violência estar a aumentar, na região onde decorre o estudo esta situação parece não se verificar. Os dados obtidos através do COPSOQ ao nível da subescala comportamento ofensivos corroboram esta perceção, sendo que todos os grupos profissionais apresentam médias correspondentes a uma situação favorável à saúde. Relativamente às “exigências emocionais” verifica-se que estas assumem um risco intermédio para a saúde na UCSP de Mértola e que, na categoria profissional dos técnicos superiores e dos médicos, se observa inclusivamente, a existência de risco para a saúde.

A análise lexical realizada ao conteúdo das entrevistas permitiu identificar as palavras com maior número de ocorrências nos discursos. Verificou-se uma elevada frequência de palavras que podem ser associadas a subescalas que no COPSOQ revelaram a existência de risco intermédio para a saúde, como as “exigências cognitivas”, “exigências emocionais”, “conflitos laborais”, “ritmo trabalho”, “*stress*”, “perceção da saúde geral” e “*burnout*”.

5 DISCUSSÃO

Realizada a apresentação dos resultados considerados relevantes, tendo em consideração os objetivos definidos para o presente estudo, importa realizar a discussão dos mesmos, encontrando paralelismos com os resultados e conclusões provenientes de estudos científicos da academia.

Ao longo da presente dissertação verificou-se que os fatores de risco psicossociais estão presentes nas unidades públicas prestadoras de cuidados de saúde e que o agravamento do nível de risco a estes associados, aliado à consciencialização dos mesmos, está a preocupar a comunidade científica, as entidades públicas com influência na área da saúde e do trabalho e as próprias organizações.

Para responder à pergunta de partida – Quais fatores de risco psicossociais relacionados com o trabalho aos quais os profissionais estão expostos, os seus impactos e a sua importância na gestão da UCSP de Mértola?, num sentido mais amplo, considerou-se importante proceder à análise da avaliação do risco e da perceção do risco (Bodemer e Gaismaier, 2015; Carochinho, 2011; Slovic, 1987). A avaliação do risco tem carácter

objetivo e foi realizada através da aplicação do COPSOQII. A análise da percepção, envolve um certo grau de subjetividade, mas permite conhecer as perspetivas dos profissionais sobre os diferentes riscos e o grau de importância a eles atribuídos. Para compreender estas perspetivas recorreu-se à aplicação de entrevistas.

Através da análise das entrevistas, verificou-se que existem vários momentos em que é referido que riscos psicossociais estão a atingir níveis preocupantes, acometendo as várias classes profissionais e os diferentes níveis da cadeia hierárquica. Areosa e Queirós (2020: 71) têm a mesma percepção, referindo de uma forma mais específica que “O burnout parece estar democratizado, podendo afetar todos os trabalhadores, independentemente do nível hierárquico e área profissional.”

Através da análise das médias relativas a cada dimensão do COPSOQII, verificou-se que não existiam dimensões cuja média obtida fosse indicativa de risco para a saúde. Existem, porém, 19 subescalas em que se pode considerar que o risco para a saúde se situa numa situação intermédia, nomeadamente, “ritmo trabalho”, “exigências cognitivas”, “exigências emocionais”, “influência do trabalho”, “previsibilidade”, “recompensas”, “conflitos laborais”, “apoio social de colegas”, “apoio social de superiores”, “qualidade da liderança”, “confiança horizontal”, “justiça e respeito”, “compromisso face ao local de trabalho”, “satisfação face ao local de trabalho”, “insegurança laboral”, “percepção da saúde geral”, “problemas em dormir”, “*burnout*” e “*stress*”.

Ao comparar estes resultados com os obtidos por Moura *et al.* (2018), num estudo realizado numa Unidade Local de Saúde do Alentejo, verifica-se que todas estas subescalas apresentavam risco moderado para a saúde a nível dos CSP, com exceção das “recompensas”, “apoio social de colegas”, “qualidade da liderança”, “compromisso face ao local de trabalho” e “satisfação face ao local de trabalho”. Estas últimas foram associadas no referido estudo como uma situação favorável à saúde. Importa referir que estes resultados se referem aos profissionais de todos os serviços e níveis de cuidados no geral e que o estudo referido foi realizado antes da pandemia.

Através da análise da frequência relativa de profissionais com risco para a saúde nas diferentes subescalas do COPSOQ, verificou-se que a dimensão onde existem mais profissionais com risco identificado para a saúde é a das “exigências cognitivas”, seguida das “exigências emocionais”, “influência do trabalho” e o “apoio social dos superiores”.

Na academia, Freimann e Merisalu (2015) e Andreassen e Eriksen (2013) identificaram elevado risco para a saúde associado às “exigências emocionais”.

Perante a evidência de que os riscos psicossociais afetam todos os níveis hierárquicos e categorias profissionais, considerou-se relevante a análise da sua incidência nas diferentes categorias profissionais. A análise dos dados obtidos através do COPSOQII permitiu identificar que os técnicos superiores apresentam risco para a saúde nas dimensões “exigências cognitivas” ($\mu = 4,05$), “exigências emocionais” ($\mu = 3,86$) e “apoio social de superiores” ($\mu = 2,0$). Na categoria profissional dos médicos foi identificado risco para a saúde a nível das “exigências cognitivas” ($\mu = 4,56$) e “exigências emocionais” ($\mu = 4,67$). No estudo de Moura *et al.* (2018) verificou-se que em todas estas subescalas, estes grupos profissionais apresentavam risco moderado para a saúde. Coelho e Neto (2022), num estudo realizado numa Unidade de Cuidados Continuados em Portugal, identificaram como dimensões que constituem risco para a saúde dos trabalhadores as “exigências cognitivas” ($\mu = 4,06$) e as “exigências emocionais” ($\mu = 4,09$) na equipa de pessoal técnico e as “exigências emocionais” ($\mu = 3,83$) e a “influência no trabalho” ($\mu = 4,06$) nos assistentes operacionais.

Através da análise das entrevistas, verificou-se que os participantes abordaram os fatores associados aos riscos psicossociais identificados nos questionários. Relacionados com as “exigências emocionais” foram referidas as pressões indevidas exercidas pelos utentes, interação com contextos limiares de vida e de morte e o desenvolvimento de atividades num contexto muito próximo da comunidade, com contato próximo com situações degradantes da realidade social. A nível das “exigências cognitivas” foi abordada a necessidade de adaptação permanente a alterações e exigências frequentes e o desenvolvimento de tarefas desadequadas às competências do profissional. Por fim, no âmbito do “apoio social de superiores”, foi feita referência aos conflitos com os superiores hierárquicos, aos problemas de comunicação interna e às ordens superiores contraditórias.

O C_ProGerPsi (2022), na sua entrevista, associa à pandemia um agravamento dos riscos psicossociais, referindo que se verifica igualmente um aumento da perceção do risco por parte dos profissionais. Carochinho (2011) considera que a perceção do risco pode desencadear tanto consequências positivas, como negativas. Foi possível verificar esta premissa nas entrevistas, porque apesar de todos os entrevistados identificarem o impacto da pandemia a nível dos riscos psicossociais, reconhecem que este evidenciou-se de

forma díspar entre os profissionais de saúde. O E_USP (2022) referiu existirem profissionais que vivenciaram este período de uma forma positiva, pelo facto de se sentirem mais úteis. O E_Gestor (2022) verificou que os profissionais mais resilientes conseguiram desenvolver estratégias mais eficazes para gerir as exigências associadas a este período. Na academia, o estudo desenvolvido por Almeida *et al.* (2021) concluiu que, em geral, a taxa de profissionais de saúde com sofrimento psicológico era mais baixa nos profissionais com nível mais elevado de resiliência. Souto *et al.* (2022) estudaram uma amostra de enfermeiros durante o período da pandemia, tendo concluído que 56,3% apresentava níveis de *distress* elevados, sendo que apenas foram identificados níveis de resiliência satisfatórios em 15,9% dos participantes.

Apesar da pandemia ter sido um acontecimento relativamente recente, existem vários estudos realizados, que observaram um agravamento dos riscos psicossociais a esta associados. Areosa e Queirós (2020) no seu artigo intitulado “Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19?” denunciam o facto dos estudos recentes revelarem um preocupante comprometimento da saúde mental no local de trabalho e um aumento da incidência de *burnout* nos profissionais. Almeida *et al.* (2021) demonstraram a existência de taxas de problemas de saúde mental superiores nos profissionais de saúde, comparativamente com a população geral, sendo que 44,8% apresentavam sintomas de sofrimento psicológico, 32,1% de *burnout* e 26% de depressão moderada a grave. Os profissionais de saúde alocados a serviços que cuidaram de utentes com COVID-19 foram os mais afetados, apresentando um risco de sofrimento psicológico 2,5 superior aos restantes profissionais. Têm emergido vários estudos que corroboram estes dados, associando o sofrimento psicológico (Costa *et al.*, 2020), o *stress* (Moura *et al.*, 2018), a depressão, a ansiedade, a insónia (Rossi *et al.*, 2020) aos profissionais de saúde envolvidos no combate à pandemia.

No presente estudo foi avaliado o risco para a saúde e bem-estar do profissional, tendo-se verificado que a “perceção da saúde geral” ($\mu = 2,94$), “problemas em dormir” ($\mu = 2,53$), o “*burnout*” ($\mu = 2,65$) e o “*stress*” ($\mu = 2,58$) encontram-se numa situação intermédia de risco para a saúde. Neste contexto, a única subescala que apresenta uma média indicativa de situação favorável para a saúde, é a referente aos “sintomas depressivos” ($\mu = 2,18$).

Marques *et al.* (2018) desenvolveu um estudo onde identificou que os grupos profissionais dos enfermeiros, administrativos e técnicos apresentaram com maior frequência scores elevados nos parâmetros associados ao “*burnout*”. Pelo contrário, no presente estudo estes profissionais foram os que apresentam scores mais baixos, sendo os médicos ($\mu = 3,33$) e os assistentes operacionais ($\mu = 3,07$) os profissionais com maior risco identificado nesta subescala.

O C_ProGeRpsi (2022) identifica a existência de padrões específicos de riscos psicossociais associados a determinadas classes/subclasses profissionais, sexos ou idade que devem ser alvo de estudo e carecem de uma resposta direcionada. Os dados obtidos revelam que existem grupos profissionais e características sociodemográficas associados a níveis mais elevados de absentismo. Verificou-se que os enfermeiros e os elementos do sexo feminino foram os que mais faltaram em 2021.

Através da análise de correlação verificou-se a existência de relação entre determinados fatores de risco psicossociais e características sociodemográficas e profissionais. Identificou-se uma correlação positiva moderada e significativa entre as variáveis, faixa etária e autoeficácia, bem como entre as variáveis, habilitações literárias e exigências cognitivas.

Foi identificada uma correlação negativa moderada e significativa entre o tempo total de serviço na profissão e o significado do trabalho. Souto *et al.* (2022) publicaram um artigo, onde referem ter identificado correlações significativas fortes entre o significado do trabalho e as características individuais dos participantes.

Nikolic e Višnjic (2020) identificaram que o significado do trabalho estava positiva e significativamente associado aos valores do Índice de Capacidade para o Trabalho, que avalia a aptidão do profissional para desenvolver a sua atividade profissional.

A aplicação de testes estatísticos permitiu identificar diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino na dimensão problemas em dormir, sendo o sexo feminino o mais afetado. Numa perspetiva oposta, o estudo realizado por Silva *et al* (2012) revela valores de média e de desvio padrão sobreponíveis entre ambos os sexos, a nível desta dimensão.

O C_ProGerPsi (2022) aborda a problemática do presentismo no local de trabalho. A magnitude deste problema tem sido igualmente abordada na literatura. A OPP (2023) realizou um estudo que denuncia os elevados custos para as empresas associados ao presentismo, concluindo que o tempo de trabalho perdido por este motivo foi de 15,8 dias em 2022.

O E_USP (2022) refere-se às unidades de saúde como “viveiros destes problemas todos”, onde os riscos psicossociais coexistem e interagem. Esta conceção vai de encontro à defendida por Areosa no seu artigo sobre a relação entre os riscos e os acidentes de trabalho, referindo-se às organizações como “autênticas fábricas de riscos” (Areosa, 2009a: 39). A coexistência de vários riscos, pode originar cenários mais preocupantes do que se estes riscos existissem de forma isolada (Areosa, 2009b).

No estudo desenvolvido por Almeida *et al.* (2021) foram analisados determinantes protetores do bem-estar psicológico, como a manutenção das atividades de tempos livre, das rotinas diárias e da atividade física. No que diz respeito às atividades de lazer 35% dos inquiridos consideram que conseguem manter os passatempos e hobbies habituais; 69% consegue manter uma rotina diária e 74% revelam ser ter deixado de ir ao café, restaurantes, fazer compras e passeios na sequência da pandemia. Na UCSP de Mértola identificou-se que 51,6% (N=16) dos profissionais refere ter atividades de lazer e 29,0% (N=9) pratica regularmente alguma atividade física.

A importância da gestão dos riscos psicossociais foi abordada nas entrevistas realizadas. Na opinião do C_ProGeRPsi (2022), se os gestores não valorizarem os riscos psicossociais, os restantes colaboradores tendem a desconsiderar os sinais de alerta. Sequeira e Areosa (2020) apresentam uma perspetiva semelhante, considerando o sucesso das medidas organizacionais implementadas, depende da motivação e envolvimento dos superiores hierárquicos.

O C_ProGeRPsi (2022) considera que as medidas instituídas para a gestão dos fatores de risco psicossociais devem promover a recuperação dos trabalhadores com doenças mentais, aumentar a consciencialização e reduzir o estigma. Existem estudos que corroboram esta perspetiva, como o realizado pelo EU-OSHA (2022) sobre segurança e saúde no trabalho, em que 55% dos inquiridos concordam totalmente ou concordam que revelar uma condição de saúde mental teria um impacto negativo sobre a sua carreira.

Apesar disso, 68% dos inquiridos concordam totalmente ou concordam que se sentiriam confortáveis em falar com o seu diretor ou supervisor sobre a sua saúde mental e 5% concordam totalmente ou concordam que a pandemia da COVID-19 fez com que se tornasse mais fácil falar sobre *stress* e saúde mental no trabalho. Os dados analisados são referentes a uma amostra extraída da população em Portugal.

Analisando a perceção do impacto dos riscos psicossociais nos elementos com funções de gestão, é possível detetar discrepâncias significativas nas perspetivas dos elementos entrevistados. O C_ProGeRPsi (2022) considera que estes profissionais são os que apresentam um “perfil de risco mais favorável dentro da instituição”, devido a não estarem sujeitos aos riscos psicossociais associados à prática clínica nem a horários por turnos. Partilhando uma perspetiva diferente, o E_Gestor (2022) e o E_USP (2022), concordam que os profissionais que desempenham funções de gestão estão sujeitos a enorme pressão e a situações, por vezes, extremas de *stress*, o que têm um impacto muito significativo em termos de riscos psicossociais.

O C_ProGeRPsi (2022) foi o único entrevistado que considerou que existiam diferenças relativamente à influência dos fatores de risco psicossociais nos CSP relativamente aos demais níveis de cuidados. Este considera que os profissionais que trabalham nos CSP estão mais expostos a episódios de violência, a pressões indevidas por parte dos utentes e a situações degradantes da realidade social. No entanto ressalva, que apesar da exposição dos profissionais à violência estar a aumentar, na região onde decorre o estudo esta situação parece não se verificar. Os dados obtidos através do COPSQ ao nível da subescala “comportamento ofensivos” corrobora esta perceção, sendo a única dimensão em que todos os profissionais se situam numa situação favorável para a saúde.

As entrevistas denotam que os profissionais que participaram no estudo reconhecem a importância dos riscos psicossociais e identificam a existência de estratégias desenvolvidas pela ULSBA para a gestão dos riscos psicossociais. No entanto, assumem a necessidade de desenvolvimento de estratégias mais efetivas e a utilização de diretrizes convergentes nas medidas aplicadas nas diferentes instituições. Os inquiridos reconhecem que sucesso das medidas implementadas poderão ter implicações não só em termos da saúde e bem-estar dos profissionais, mas também da produtividade e da qualidade dos serviços oferecidos pela ULSBA. Esta perceção é partilhada tanto por vários autores da academia (Moura, 2021; Almeida *et al.*, 2021; Almeida, 2021; Sequeira e Areosa, 2020;

Fernandes e Pereira, 2016) como entidades de referência (OPP, 2023; DGS, 2021; EU-OSHA, 2018a; EUROFOUND e EU-OSHA, 2014).

O C_ProGerPsi (2022) partilhou dados relacionados com o programa Vita-Q, direcionado para profissionais com níveis elevados de absentismo. Através da implementação deste programa identificou-se um ganho económico de 31 euros/pessoa/mês. Vários autores e entidades públicas defendem que a gestão dos riscos psicossociais tem um retorno financeiro superior ao investimento (OPP, 2023; Moura, 2021; Moura *et al.*, 2018; Matrix, 2012; OMS, 2001).

Os dados recolhidos nas entrevistas permitiram identificar propostas de medidas que poderão tornar a gestão dos riscos psicossociais mais efetiva e contribuir para a resolução de desafios futuros alocados a esta problemática. Em termos de efetividade das medidas, é sugerida a necessidade de uma alteração legislativa que torne obrigatório a integração de profissionais de saúde mental nos serviços de Medicina no Trabalho e o desenvolvimento de formas de verificação da aplicação da legislação que regula a gestão dos riscos psicossociais.

No âmbito da gestão dos riscos psicossociais, foram identificados pelos entrevistados os seguintes desafios futuros: aumentar o investimento na área dos riscos psicossociais; dinamizar as medidas existentes junto dos CSP; desenvolver estratégias cada vez mais dirigidas para cada problema específico; demonstrar que a promoção da saúde mental é um investimento e não um custo; motivar mais profissionais a interessar-se pela prevenção dos riscos psicossociais; promover medidas que estimulem a resiliência pessoal dos profissionais e que promovam a diminuição do estigma associado à saúde mental estimulando a procura antecipada de ajuda. Como referido pelo E_USP (2022) “Os desafios não são do futuro, os desafios deviam ser já de hoje.” O discurso dos entrevistados mostra que estes desafios são o reflexo das tendências de gestão de recursos humanos, que têm evoluído no sentido de valorizar o capital humano das organizações, introduzindo o conceito de organizações positivas e de humanização nas práticas de gestão (Almeida, 2021; Cunha *et al.*, 2013). Concomitantemente, a academia tem demonstrado a pertinência do tema da gestão dos riscos psicossociais, através do aumento substancial de estudos nesta área (Sequeira e Areosa, 2020).

A análise lexical e sintática do discurso dos entrevistados comprova esta tendência, evidenciando a necessidade prevenção e de aumento do conhecimento sobre as medidas de intervenção para a prevenção dos riscos psicossociais. Em termos de palavras plenas, a que foi mais mencionada foi “ser” com 507 menções, revelando um discurso mais existencialista. Para além desse, são utilizados com elevada frequência outros verbos que pretendem descrever a realidade percecionada acerca dos fatores de risco psicossociais e respetivos atributos e características. O verbo “trabalhar” pode assumir duas conotações distintas. Por um lado, remete para a atividade laboral enquanto causadora da existência dos fatores de risco psicossociais. Por outro, e em paralelo com o verbo “fazer”, remete para os esforços e ações que estão ou deverão ser desenvolvidas para a correta gestão dos fatores de risco psicossociais.

Os advérbios de intensidade “muito” e “mais” enfatizam os extremos, quer positivos quer negativos, que estão relacionados com o impacto dos fatores de risco psicossociais, a sua intensidade, a necessidade de medidas para a sua gestão. O substantivo “pessoa”, por sua vez pode estar relacionado com o ser humano enquanto ser biopsicossocial. A pessoa constitui-se como o elemento central dos cuidados nas unidades de saúde. Por outro lado, os profissionais que desempenham funções nas unidades de saúde, também eles são pessoas, pelo que é enfatizado o dever e o direito destes cuidarem de si.

Através da análise interpretativa das entrevistas, verificou-se que existe uma elevada consciencialização acerca das medidas que podem ser aplicadas para a prevenção dos riscos psicossociais, apesar de se observarem lacunas na sua aplicação. Esta perceção revela que acima de consciencializar para esta problemática, é importante definir planos de atuação e iniciar a sua implementação. Estes planos, apesar de terem por base as diretrizes existentes, devem ser adaptados às características específicas de cada serviço. Assim, da análise dos dados obtidos no presente estudo, e ambicionando dar resposta aos objetivos previamente definidos, serão apresentadas recomendações estratégicas que se pretende que possam servir de base ao desenvolvimento de um plano de intervenção direcionado para mitigar os riscos psicossociais identificados na UCSP de Mértola.

6 RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS

Na literatura são sugeridas várias medidas para a gestão dos riscos psicossociais, no entanto, a DGS (2021) considera que não existe uma solução *standard* para esta problemática. Na elaboração do programa a implementar numa determinada organização devem ser consideradas as suas necessidades e problemas identificados, os objetivos que se pretendem atingir, bem como os recursos que estão disponíveis (Matrix, 2012).

Após identificação dos problemas que afetam a equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola, o presente estudo pretende oferecer um contributo para a minimização do impacto dos riscos psicossociais associados ao contexto de trabalho em estudo. Foram definidas linhas gerais orientadoras (tabela 6.1) para a posterior elaboração de um plano de intervenção na UCSP de Mértola. Estas linhas orientadoras tiveram origem nos problemas identificados através dos instrumentos utilizados no estudo, na legislação em vigor e na bibliografia consultada.

As propostas de intervenção apresentadas pretendem abranger os três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário (Moura, 2021).

As intervenções primárias pretendem intervir na origem do problema ou no agente gerador de *stress* (EUROFOUND e EU-OSHA, 2014). O seu foco está na promoção de ambientes de trabalho saudáveis e na identificação dos principais riscos associados ao ambiente de trabalho, agindo no sentido de os eliminar ou reduzir (DGS, 2021).

As secundárias, têm o foco no comportamento do profissional e são direcionadas para o capacitar com estratégias para gerir situações de *stress* e para identificar precocemente, reverter, reduzir ou atrasar a progressão de uma situação de ameaça (EUROFOUND e EU-OSHA, 2014). As intervenções secundárias desenvolvem, igualmente, estratégias para minimizar as implicações na capacidade de trabalho (DGS, 2021).

As intervenções de nível terciário oferecem resposta para os problemas já instalados, que foram causados por riscos psicossociais. Pretendem minimizar os efeitos negativos que a exposição prolongada a riscos psicossociais tem na saúde, investindo na reabilitação, na recuperação e na prevenção de complicações ou recidivas (EUROFOUND e EU-OSHA, 2014).

Tabela 6.1 Propostas de intervenção da UCSP de Mértola.

Medida	Objetivos	Fontes
Reunião com a equipa multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgar o estudo e os principais problemas identificados. ▪ Analisar os resultados da investigação. ▪ Identificar a etiologia dos problemas identificados. ▪ Definir propostas de intervenção direcionadas para os problemas identificados. ▪ Envolver todos os profissionais na elaboração do plano de intervenção. 	E_USP (2022); COPSOQ Internacional Network (2022); DGS (2021); Almeida (2021); EU-OSHA (2018a); EUROFOUND e EU-OSHA (2014); Matrix (2012); Areosa (2012); European Network Workplace Health Promotion (1997); Comissão das Comunidades Europeias (1990).
Nomeação de grupo de trabalho para desenvolvimento de um plano com estratégias para a humanização do serviço de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver estratégias e atividades que visem a melhoria da qualidade de vida dos profissionais, utentes e outros usuários da unidade funcional. ▪ Demonstrar que a humanização do serviço como uma prioridade. 	OPP (2023); E_USP (2022); E_Gestor (2022); Diário da República (2019); Areosa (2012, 2009b).
Criação de um grupo de trabalho responsável pela gestão de incidentes críticos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dinamizar atividades de prevenção, gestão e redução das consequências destas ocorrências. ▪ Valorizar os acidentes críticos ocorridos em ambiente laboral, como acidentes de trabalho e episódios de violência. 	OPP (2023); E_ProGerPsi (2022); E_Gestor (2022); Areosa (2012, 2009b); Comissão das Comunidades Europeias (2007).
Integração dos riscos identificados no estudo na matriz de risco do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorizar os riscos psicossociais. ▪ Demonstrar compromisso no desenvolvimento de estratégias para reduzir dos riscos identificados. 	OPP (2023); E_ProGerPsi (2022); COPSOQ Internacional Network (2022); Areosa (2012, 2009b).
Aumento da frequência das reuniões da equipa da UCSP de Mértola.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver estratégias de comunicação eficaz entre a equipa de saúde. ▪ Promover a discussão de aspetos relativos à unidade funcional e ao seu funcionamento. ▪ Envolver os profissionais nas decisões relativas à unidade funcional. 	E_USP (2022); COPSOQ Internacional Network (2022); EU-OSHA (2018a); EUROFOUND e EU-OSHA (2014); Comissão das Comunidades Europeias (1990).
Intercolaboração com a equipa do ProGerPsi para implementação de estratégias de intervenção direcionadas para os problemas identificados.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilizar os recursos disponíveis na ULSBA. ▪ Promover uma abordagem personalizada e multidisciplinar dos problemas identificados. 	E_ProGerPsi (2022); E_Gestor (2022); COPSOQ Internacional Network (2022); Moura (2021); Almeida <i>et al.</i> (2021); União Europeia (2008).
Identificação e referenciação de situações associadas a alterações do estado de saúde física ou mental para a Consulta de Medicina do Trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a intervenção precoce em profissionais que podem ter dificuldade em identificar os problemas ou em pedir ajuda. ▪ Demonstrar que a saúde física e psíquica dos profissionais é valorizada. 	OPP (2023); E_ProGerPsi (2022); COPSOQ Internacional Network (2022); Moura (2021); Almeida <i>et al.</i> (2021); União Europeia (2008).

Medida	Objetivos	Fontes
Adaptação do plano de formação da unidade funcional e do plano geral da ULSBA às principais necessidades formativas identificadas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar as competências e dotar os profissionais de conhecimentos de carácter científico nas áreas em que exercem funções. ▪ Reduzir o risco identificado a nível das exigências cognitivas. ▪ Envolver os profissionais e valorizar as suas necessidades formativas. 	E_USP (2022); Comissão das Comunidades Europeias (1990).
Integração de formações direcionadas para a promoção da saúde e estilos de vida saudáveis no plano anual de formação.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular os profissionais a valorizarem a sua saúde e bem-estar. ▪ Reduzir os riscos para a saúde do profissional e promover estilos de vida saudáveis. ▪ Promover a utilização de estratégias de gestão do stress e ansiedade, reduzindo o risco a nível das exigências emocionais. ▪ Prevenir e reduzir a incidência de comportamentos de risco, tais como, consumos com e sem substância, sedentarismo, uso abusivo de medicação. ▪ Promover a diminuição do estigma associado à doença mental. 	OPP (2023); E_ProGerPsi (2022); Areosa (2012, 2009b); União Europeia (2008).
Dinamização de medidas que promovam a prática de exercício físico através de parcerias com clubes desportivos e ginásios locais.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a capacidade física dos profissionais, a qualidade do sono e a saúde em geral. ▪ Reduzir o nível de <i>stress</i> e ansiedade. 	OPP (2023); E_USP (2022); E_ProGerPsi (2022); E_Gestor (2022); Moura (2021); Almeida <i>et al.</i> (2021); Matrix (2012).
Organização de atividades lúdicas de convívio entre elementos da equipa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover relações e dinâmicas saudáveis entre os diferentes elementos da equipa. ▪ Reduzir o nível de <i>stress</i> e ansiedade. 	OPP (2023); E_USP (2022); E_ProGerPsi (2022); E_Gestor (2022); Moura (2021); Almeida <i>et al.</i> (2021); Matrix (2012); Maslach e Leite (2007); Carochinho (2011).
Desenvolvimento de norma interna na ULSBA com diretrizes para a gestão dos riscos psicossociais.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover o desenvolvimento de medidas de gestão dos riscos psicossociais em todos os departamentos da ULSBA. ▪ Uniformizar os procedimentos associados à gestão dos riscos psicossociais. 	OPP (2023); E_ProGerPsi (2022).
Apresentação dos resultados obtidos aos órgãos gestão da ULSBA.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envolver os órgãos de gestão no desenvolvimento das estratégias propostas para a gestão dos riscos psicossociais. ▪ Partilhar dados de teor científico que possam ser úteis em processos de tomada de decisão. 	OPP (2023); E_ProGerPsi (2022); E_Gestor (2022); DGS (2021); Almeida (2021); EU-OSHA (2018a); EUROFOUND & EU-OSHA (2014); União Europeia (2008).

Ressalva-se que as propostas de intervenção têm carácter generalista e que o plano de intervenção definitivo deverá ser elaborado em parceria com a equipa da equipa multidisciplinar, promovendo a participação, envolvimento e personalização do plano de intervenção.

7 CONCLUSÕES

7.1 Principais conclusões

Os riscos psicossociais no local de trabalho são um tema de extrema relevância social e científica que tem recentemente conquistado destaque no âmbito da gestão, devido ao impacto que têm sobre os profissionais, as equipas e o desempenho das organizações. As organizações de saúde não são exceção e a recente pandemia de SARS-CoV-2 veio evidenciar as consequências desses riscos. O seu estudo é fundamental e daí poderão advir benefícios para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, para a motivação das equipas, para a produtividade das organizações de saúde e para a qualidade dos serviços prestados.

Estes foram os principais motivos que impulsionaram a realização da presente dissertação de mestrado, que permitiu obter resposta à pergunta de investigação: Quais fatores de risco psicossociais relacionados com o trabalho aos quais os profissionais estão expostos, os seus impactos e a sua importância na gestão da UCSP de Mértola?

Os resultados obtidos permitiram realizar a caracterização sociodemográfica da equipa multidisciplinar da UCSP, pertencente ao concelho de Mértola e conhecer os fatores de risco psicossociais que mais afetam os profissionais que nela exercem funções. Em termos de perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola, observa-se que na sua maioria são do sexo feminino, estão na faixa etária entre 50 anos ou mais anos, são casados ou vivem em união de facto, vivem em agregados familiares de 3 elementos e têm filhos menores a cargo. No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria tem grau académico até 12º ou equivalente e exercem a profissão há mais de 10 anos. Em termos de grupo profissional, o grupo mais representativo é o dos enfermeiros, seguido dos assistentes operacionais e técnicos superiores, dos assistentes técnicos e, por fim, dos médicos.

Em termos de riscos psicossociais, verificou-se que na equipa de profissionais não existiam dimensões cuja média fosse indicativa de risco para a saúde. Existem, porém, 19 subescalas em que se pode considerar que o risco para a saúde se situa numa situação intermédia, nomeadamente, “ritmo trabalho”, “exigências cognitivas”, “exigências emocionais”, “influência do trabalho”, “previsibilidade”, “recompensas”, “conflitos laborais”, “apoio social de colegas”, “apoio social de superiores”, “qualidade da liderança”, “confiança horizontal”, “justiça e respeito”, “compromisso face ao local de trabalho”, “satisfação face ao local de trabalho”, “insegurança laboral”, “perceção da saúde geral”, “problemas em dormir”, “*burnout*” e “*stress*”. Analisando a distribuição do risco por grupo profissional nas diferentes dimensões do COPSOQ verifica-se que a dimensão em que existem mais profissionais com risco para a saúde identificado é as “exigências cognitivas”, seguida das “exigências emocionais”, “influência do trabalho” e o “apoio social dos superiores”.

A análise do risco específico para cada grupo profissional permitiu identificar que os técnicos superiores apresentam risco para a saúde nas dimensões “exigências cognitivas”, “exigências emocionais” e “apoio social de superiores”. Na categoria profissional dos médicos foi identificado risco para a saúde a nível das “exigências cognitivas” e “exigências emocionais”.

A análise dos dados obtidos permitiu observar a existência de relação entre fatores de risco psicossociais, de características sociodemográficas e socioprofissionais dos profissionais. Identificou-se uma correlação positiva moderada e significativa entre as variáveis: faixa etária e autoeficácia e entre as habilitações literárias e as exigências cognitivas. Identificou-se também uma correlação negativa moderada e significativa entre o tempo total de serviço na profissão e o significado do trabalho. Em termos de consequências para a saúde, no âmbito dos riscos psicossociais, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino na dimensão problemas em dormir, sendo o sexo feminino o mais afetado.

A literatura e os dados obtidos no estudo, corroboram o facto de a pandemia, estar associada, por um lado, ao agravamento dos riscos psicossociais, e por outro, ao aumento da perceção do risco por parte dos profissionais. Observou-se que a reação individual perante situações causadoras de *stress* elevado pode ser influenciada por vários fatores, como as características pessoais. Verificou-se que os profissionais mais resilientes foram

os que conseguiram desenvolver estratégias mais eficazes para gerir as exigências associadas a este período.

Concluiu-se que é atribuído um elevado grau de importância aos riscos psicossociais por estes estarem a afetar as várias classes profissionais e os diferentes níveis da cadeia hierárquica, incluindo os próprios órgãos de gestão. Na ULSBA, têm sido tomadas diligências, com o objetivo de gerir e prevenir estes riscos, através da dinamização de atividades e projetos, como é o caso do ProGerPsi.

Em simultâneo com a consciencialização da importância dos riscos psicossociais, foram identificadas condicionantes e desafios à sua gestão, que devem ser alvo de análise por parte dos grupos de trabalho que abordam esta temática. Concluiu-se que o sucesso dos programas de gestão dos riscos psicossociais podem estar relacionados com medidas que fomentem: o desenvolvimento de medidas convergentes entre as diferentes instituições; o envolvimento dos cargos de gestão; a redução do estigma associado à doença mental; o desenvolvimento de medidas que monitorizem a aplicação da legislação que regula a gestão dos riscos psicossociais; o aumento do investimento na área dos riscos psicossociais; a dinamização das medidas existentes junto dos CSP; o desenvolvimento de estratégias dirigidas para cada problema específico; a consciencialização da promoção da saúde mental enquanto investimento; o desenvolvimento do interesse dos profissionais pelo estudo desta temática e a promoção de medidas que estimulem a resiliência pessoal dos profissionais.

7.2 Limitações do estudo e sugestões de investigação futura

Os resultados deste estudo devem ser considerados, tendo presentes as limitações inerentes a estes, determinadas pelo tipo de estudo e pelas opções metodológicas.

O facto de se tratar de um estudo de caso, caracterizado pelo estudo detalhado de um contexto específico, limita a possibilidade de generalização dos resultados para outros contextos (Yin, 2014).

No que concerne aos instrumentos utilizados, tanto as entrevistas como os questionários, podem implicar limitações para o estudo. A aplicação de entrevistas semiestruturadas, constituídas por questões abertas, permitiu perceber a opinião e a vivência de

elementos com papéis relevantes em áreas de intervenção sobre o tema. No entanto, constituiu um desafio em termos de codificação e análise das respostas, visto ser um processo complexo e moroso. Mesmo que o investigador prime pelo rigor e imparcialidade, é inevitável que aos dados possa estar associado um certo grau de ambiguidade (Fortin, 2009). Apesar disso, considera-se que a entrevistas revestem-se de extrema importância no âmbito de estudos científicos, permitindo obter dados relevantes que podem direcionar a investigação para áreas relevantes, no âmbito do tema estudado.

A utilização de um questionário, cujas respostas devem ser situadas numa escala do tipo de *Likert*, com número ímpar de hipóteses de resposta, permite que os participantes do estudo possam ter tendência a situar as suas respostas no nível neutro ou intermédio da escala (Allen e Seaman, 2007). Apesar de já existir uma versão mais recente do questionário, o COPSQ III, optou-se por utilizar a segunda versão. Esta opção fundamenta-se pelo fato da versão aplicada já estar a ser utilizada nos estudos aplicados por um grupo de trabalho da ULSBA, facilitando a utilização dos dados do presente estudo como forma de complementar e comparar resultados. No entanto, seria interessante promover-se a aplicação na nova versão do questionário em estudos futuros, uma vez que este tende a estar mais adaptado às realidades laborais emergentes.

No estudo, devido às características da população, recorreu-se a testes de correlação não paramétricos, no entanto, estes não são tão potentes na identificação de diferenças entre os dados (Pestana e Gajreiro, 2014). O facto de os dados de estudos científicos específicos para as UCSP serem reduzidos, limitou a discussão dos resultados, sendo necessário recorrer a estudos que abordam os cuidados de saúde de uma forma geral.

O facto de se tratar de um trabalho académico, faz com que não se possa equiparar a uma investigação desenvolvida por profissionais com elevada experiência na área. No entanto, a autora primou pelo detalhe e rigor na condução de todo o processo e contou com todo o apoio e disponibilidade da orientadora para a execução do mesmo, o que contribuiu inquestionavelmente para a sua aprendizagem e para o rigor científico.

As limitações não têm necessariamente uma conotação depreciativa associada, devendo ser encaradas como desafios e pontos de partida para estudos futuros. Apesar das limitações apresentadas, o estudo permitiu obter um conhecimento aprofundado sobre contexto laboral da UCSP, alvo de estudo. Considera-se que a realização do estudo foi

um momento importante de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, que permitiu aplicar e consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

A temática dos riscos psicossociais é passível de servir de base a estudos com relevância para as práticas de gestão. Com base nas limitações deste estudo é possível deixar sugestões de investigações futuras que explorem este tema, nas suas várias dimensões e em contextos diferenciados.

O presente estudo foi realizado num contexto de pandemia e num período em que se verificou elevada rotatividade de pessoal, com alterações estruturais significativas na equipa de trabalho. Estas situações implicaram sobrecarga de trabalho e *stress* sobre os serviços de saúde. Este facto pode ter tido implicações significativas nos resultados obtidos, pelo que seria interessante replicar o estudo à posteriori para comparação dos resultados.

Outra área de interesse para investigações futuras, seria a análise do impacto da implementação de medidas de prevenção dos riscos psicossociais na UCSP estudada, identificando os benefícios, a médio e a longo prazo, após adoção dessas medidas. Considera-se, igualmente, importante perceber e estudar a relação dos riscos psicossociais com vários fatores inerentes ao local de trabalho, ao estilo de liderança e à cultura organizacional.

7.3 Implicações e contribuições do Estudo

Os dados obtidos no estudo e as propostas de intervenção apresentadas, assumem elevada relevância para a unidade funcional, ao servirem de fundamento para o desenvolvimento de um plano de intervenção personalizado e direcionado para as características específicas da UCSP de Mértola. Apesar dos dados obtidos serem apenas representativos da amostra da instituição onde foi aplicado, estes poderão ter um contributo importante para possíveis comparações em estudos futuros.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen I. E. & Seaman, C. A. (2007) Likert scales and data analyses. *Quality Progress*, 40(7), 64-65.
- Almeida, H. (2021) *Manual de Gestão de Pessoas nas Organizações – da Estratégia à Prática*, 4ª Edição, Faro, Silabas & Desafios.
- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H. & Vicente, A. (2021) *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*, Lisboa. Disponível em: <https://journals.openedition.org/configuracoes/461> (acedido em 10 de janeiro de 2022).
- Amado, J. (2014) *Manual de Investigação Qualitativa em Educação. Imprensa da Universidade de Coimbra*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316.2/35271> (acedido em 31 de julho de 2022).
- Andreassen, C. N. & Eriksen, J. G. (2013) The psychosocial work environment among physicians employed at Danish oncology departments in 2009, A nationwide cross-sectional study. *Acta Oncológica*, 52(1), 138-46. Disponível em: www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0284186X.2012.702926 (acedido em 11 de janeiro de 2023).
- Araújo, T. M. & Karasek, R. (2008) Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 6, 52–59.
- Areosa, J. (2009a) Do risco ao acidente: que possibilidades para a prevenção?. *Revista Angolana de Sociologia*, 4, 39-65. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17002/1/Jo%20c3%a3o%20Arensa%20Do%20risco%20ao%20acidente.pdf> (acedido em 11 de janeiro de 2023).
- Areosa, J. (2009b) Riscos de uma actividade de risco: um estudo de caso em contexto hospitalar. *Revista de sociologia*, 5/6, 225-239. Disponível em: <https://journals.openedition.org/configuracoes/461> (acedido em 11 de janeiro de 2023).
- Areosa, J. (2019a) O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. *Laboreal*, 15(2), 1-24. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/laboreal.15504> (acedido em 11 de janeiro de 2023).
- Areosa, J. (2019b) Os efeitos iatrogênicos das técnicas de gestão. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 25, 1-17. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366237077_Os_efeitos_iatrogenicos_da_s_tecnicas_de_gestao (acedido em 11 de março de 2023).
- Areosa, J. (2012) A importância das percepções de riscos dos trabalhadores. *International Journal on Working Conditions*, 3, 54-64. Disponível em: <https://journals.openedition.org/configuracoes/461> (acedido em 10 de janeiro de 2023).
- Areosa, J. (2014) As percepções de riscos ocupacionais no setor ferroviário. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 75, 83-07. Disponível em: <http://journals.openedition.org/spp/1568> (acedido em 10 de janeiro de 2023).

- Areosa, J. & Queirós, C. (2020) Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19?. *International Journal on Working Conditions*, 71-90. Disponível em: <https://doi.org/10.25762/abh3-qb73> (acedido em 10 de janeiro de 2023).
- Babbie, E. (2016) *Practice of Social Research*, 14ª Edição, Canadá, Cengage Learning.
- Bardin, L. (2016) *Análise de conteúdo*, São Paulo, Edições 70.
- Beck, U. (1992) *Risk Society - Towards a New Modernity*, Londres, Sage.
- Bodemer, N. & Gaissmaier, W. (2015) Risk Perception, in Cho, H., Reimer, T. & McComas, K. A. (eds.), *The Sage handbook of risk communication*, Los Angeles, Sage, 10-23.
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., Oudyk, J., Kristensen, T. S., Llorens, C., Navarro, A., Lincke, H. J., Bocéréan, C., Sahan, C., Smith, P., & Pohrt, A. (2019) The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and Health at Work*, 10(4), 482–503. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002> (consultado a 1 de junho 2021).
- Câmara Municipal de Mértola (2021) O Concelho de Mértola. Disponível em: <https://www.cm-mertola.pt/viver-em-mertola/destaques> (acedido em 13 de dezembro de 2021).
- Camelo, S. H. H., Lucieli, Chaves, D. P., V., Silva L. S. e Angerami, E. L. S. (2012) Riscos Psicossociais em Equipes de Saúde da Família: Carga, Ritmo e Esquema de Trabalho. *Revista Enfermagem Uerj*, 20 (6), 733-738.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008) *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem*, 2ª Edição, Lisboa, Universidade Aberta.
- Carneiro, C. & Areosa, J. (2018) Trabalho e Medo: Estratégias Defensivas e Sustentabilidade das Relações de Trabalho. *Revista Techniques Methodologies and Quality*, 158-167.
- Carochinho, J. A. (2011) O Conceito de «Perceção do Risco»: Contributo da Psicologia Social. *ResPublica: Revista Lusófona de Ciência Política, Segurança e Relações Internacionais*, 11, 77-87. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/4296> (acedido em 28 de outubro de 2022).
- Coelho, C. M. F. & Neto, H. V. (2022) Condições psicossociais de trabalho numa unidade de cuidados continuados de longa duração e manutenção. *CESQUA*, 5, 22-40.
- Comissão das Comunidades Europeias (1990) *Carta Comunitária dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores*, Luxemburgo, Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Comissão das Comunidades Europeias (2007) *Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu que transmite o acordo-quadro europeu sobre assédio e violência no trabalho*, Bruxelas.
- Comissão Europeia (2012) «Europa 2020»: a estratégia europeia de crescimento, União Europeia. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/PT/legal-content/summary/europe-2020-the-european-union-strategy-for-growth-and-employment.html> (acedido em 19 de setembro de 2022).
- COPSOQ Internacional Network (2022) Welcome to the network for scientific research and risk assessment with the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ).

Disponível em: <https://www.copsoq-network.org/> (acedido em 23 de outubro de 2022).

- Costa, A., Rasga, C., Martiniano, H., Vicente, A., Virgolino, A., Santos, O., Heitor, M. J. & Almeida, T. C. (2020) Saúde mental em tempos da pandemia da COVID-19: abordagem metodológica utilizada no projeto SM-COVID19. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – Observações – Boletim Epidemiológico*, 12, 40-45.
- Costa, A. P. B. P. M., Leitão, C. S. S., Borges, D. F. P., Trindade, J., Pinto, P. M. M., Cardoso, P. M., Rodrigues, P. M. C. & Rodrigues, T., F. S. (2013) Gestão em Organizações de Saúde. *Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*, 3, 1-111.
- Cunha, M. P., Lopes, M. P., Rego, A., Ceitil, M. (2013) *Organizações Positivas*, Lisboa, Sílabo.
- Diário da República (1976) *Decreto-Lei n.º 86/1976*, Série I, Assembleia da República, 1182-1189.
- Diário da República (1998) *Decreto-Lei n.º 36/1998 de 24 de julho*, Série I, Nº 169, Assembleia da República, 3544-3550.
- Diário da República (2008a) *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro*, Série I, Nº 38, Assembleia da República, 1-93.
- Diário da República (2008b) *Decreto-lei n.º 183/2008 de 4 de setembro*, Série I, Nº 171, Ministério da Saúde, 6225 - 6233.
- Diário da República (2009a) *Decreto-lei n.º 30/2009*, Série I, Assembleia da República, Nº 7, 926 – 1029.
- Diário da República (2009b) *Decreto-lei n.º 102/2009 de 10 de dezembro*, Série I, Nº 176, Assembleia da República, 6167-6192.
- Diário da República (2014) *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*, Série I, Nº 117, 1-169.
- Diário da República (2019) *Decreto-lei n.º 169-B/2019*, Série I, Presidência do Conselho de Ministros, Nº 232, 55-66.
- Diário da República (2022) *Despacho n.º 6417/2022 de 20 de maio*, Série II, Nº 98, Saúde - Gabinete da Ministra, 229 – 232.
- DGS (2015) *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares Recursos e Produção 2012 Direção de Serviços de Informação e Análise Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- DGS (2021) *Guia Técnico N.º 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- EU-OSHA (2014) *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*, Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia.
- EU-OSHA (2018a) *Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work*, Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia. Disponível em <https://osha.europa.eu/en/publications/healthy-workers-thriving-companies-practical-guide-wellbeing-work> (acedido em 10 de agosto de 2022).

- EU-OSHA (2018b) *Management of psychosocial risks in European workplaces - evidence from the second European survey of enterprises on new and emerging risks*, Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia.
- EU-OSHA (2022) Segurança e saúde no trabalho: locais de trabalho pós-pandemia, Portugal. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/sweden-osh-pulse-2022-osh-post-pandemic-workplaces> (acedido em 1 de fevereiro de 2022).
- EUROFOUND & EU-OSHA (2014) *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*, Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia.
- European Network Workplace Health Promotion (1997) *The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion*, Luxemburgo, 1-6. Disponível em https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf (acedido em 10 de agosto de 2022).
- Fernandes, C. & Pereira, A. (2016) Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50 (24), 1-14.
- Ferreira, J. M. C., Neves, J. & Caetano, A. (eds.) (2001) *Manual de Psicossociologia das Organizações*, Lisboa, Editora MCGRAW-HILL.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2000) The interview: From structured questions to negotiated texto, in Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (eds.), *Handbook of Qualitative Research*, 2ª Edição, Thousand Oaks, CA: Sage, 645-672.
- Fortin, M. (1999) *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*, Loures, Lusociência.
- Fortin, M. (2009) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, Loures, Lusodidacta.
- Freimann, T. & Merisalu, E. (2015) Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 447–452.
- Habibi, E., Poorabdian, S. & Shakerian, M. (2015) Job strain (demands and control model) as a predictor of cardiovascular risk factors among petrochemical personnel. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 1-7.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017) *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*, 2ª Edição, Los Angeles, Sage.
- Hassard, J., Teoh, K., Thomson, L. & Blake, H. (2021) Understanding the cost of mental health at work: An integrative framework, in Wall, T., Cooper, C. L. & Brough, P. (eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Wellbeing*, Londres, SAGE Publications, 9-25.
- Ho, W. H., Chang, C. S., Shih, Y. L. & Liang, R. Da. (2009) Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Services Research*, 9(1), 1–10.
- Hunter, D. (2002) Risk Perception and Risk Tolerance in Aircraft Pilots, Washington, Federal Aviation Administration. Disponível em: <https://ntlrepository.blob.core.windows.net/lib/19000/19800/19856/PB2003100818.pdf> (acedido em 10 de janeiro de 2021).

- Instituto Nacional de Estatística (2021) *Censos 2021 – Resultados Preliminares*. Disponível em: https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html (acedido em 13 de dezembro de 2021).
- International Labor Organization (1986) *Psychosocial factor at work: recognition and control. Report of the joint ILO/WHO Committee on Occupational Health*, Geneva, Occupational Safety and Health Series.
- Ismail, K.M., Malak, M. Z. & Alamer, R. M. (2019) Psychosocial correlates of work-related fatigue among Jordanian emergency department nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55, 486-493.
- Jain, A., Torres, L., Teoh, K. & Leka, S. (2022) The impact of national legislation on psychosocial risks on organisational action plans, psychosocial working conditions, and employee work-related stress in Europe. *Social science & Medicine*, 1-9.
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988) Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336– 1342.
- Johnson, J.V., Hall, E.M. & Theorell, T. (1989) Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 15, 271-279.
- Karasek, R. (1979) Job demands, Job decision latitude and mental strain: implications for Job re-design. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J. & Kirjonen, J. (2002) Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325(7377), 1-5.
- Kristensen, T. S.; 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.
- Lima, M. L., Vala, J. & Monteiro, M. B. (1988) Os determinantes da satisfação organizacional: Confronto de modelos. *Análise Psicológica*, 6, 441–457.
- Lopes, L. (1987) Between Hope and Fear: The Psychology of Risk, Advances in Berkowitz, L. (ed.) *Experimental Social Psychology*, 20, Academic Press, 255-295. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60416-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60416-5) (acedido em 10 de janeiro de 2021).
- Marôco, J. (2018) *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, 7ª Edição, Pêro Pinheiro, ReportNumber.
- Marques, M., Alves, E., Queirós, C., Norton, P. & Henriques, A. (2018) The effect of profession on burnout in hospital staff. *Occupational Medicine*, 68(3), 207-210.
- Martinez, L. & Ferreira, A., (2007) *Análise de Dados com SPSS – Primeiros Passos*, Lisboa, Escolar Editora.
- Maslach, C & Leite, M. (2007) Burnout, in Fink, G. (ed.) *Encyclopedia of Stress*, 2ª Edição, Amesterdão, Elsevier, 368-371. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/303791742> (acedido em 13 de dezembro de 2021).

- 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*, União Europeia.
- McEwen, B. S. (2022) Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8, 367-381.
- Ministério Público Portugal (1981) *Convenção N.º 155 – Convenção sobre a Segurança, a Saúde dos Trabalhadores e o Ambiente de Trabalho*, Procuradoria-Geral da República – Gabinete de Documentação e Direito Comparado.
- Ministério da Saúde (2021) Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/> (acedido em 13 de dezembro de 2021).
- Moura, P. (2021) Valorização da Saúde Mental dos Profissionais do SNS. *Saúde Mental*, Newsletter N° 003/ABR, 5-7. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/04/NL_Sa%C3%BAde-Mental_03.pdf (acedido em 1 de setembro de 2022).
- Moura P. A., Moura, T. R. e Ruivo, R. (2018) Riscos Psicossociais em Trabalhadores de Uma Unidade Local de Saúde no Alentejo. *Psilogos*, 16, 17-34.
- Naranjo, D. L. (2011) Estrés laboral y sus factores de riesgo psicossocial. *CES Salud Pública*, 2(1), 80–84.
- NCPHSBBR (1979) The Belmont Report - Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, Department of Health, Education, and Welfare. Disponível em: www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html (acedido em 1 de setembro de 2022).
- Nikolic, D. e Višnjic A. (2020) Mobbing and Violence at Work as Hidden Stressors and Work Ability among Emergency Medical Doctors in Serbia. *Medicina (Kaunas)*, 56, 31.
- Observatorio Vasco Sobre Acoso Moral (2012) *La salud mental de las y los trabajadores*, Madrid, La Ley.
- OMS (1981) *Santé et bien-être sur les lieux de travail - Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS*, Praga, Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS (2001) *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*, Occupational Health, 1–4.
- OMS (2012) *The WHO strategy on research for health*, World Health Organization, 1-62.
- OMS (2013) *The world health report 2013: research for universal health coverage*, World Health Organization, 1-162.
- OPP (2023) *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*, Lisboa. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_relatorio_prosperidadeesustentabilidadedasorganizacoes2023.pdf (acedido em 13 de fevereiro de 2023).
- Organização Internacional do Trabalho (2013) *Guia para a Formulação de Políticas Nacional de Emprego*, Genebra, Departamento de Políticas de Emprego.

- Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_214960.pdf (acedido em 2 junho 2022)
- Patton, M.C. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*, 3ª Edição, Estados Unidos da América, Sage Publications.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014), *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*, 6ª Edição, Lisboa, Edições Silabo.
- Priberam (2022) Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Disponível em <https://dicionario.priberam.org/> (acedido em 24 de maio de 2023)
- República Portuguesa (2019) Programa do XXI Governo Constitucional 2019-2023. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/programa-do-xxiii-governo-constitucional-para-a-saude/> (acedido em 10 de agosto de 2021).
- Rios, J. (2021) Estudo de Caso: método de pesquisa qualitativa ou método qualitativo de pesquisa?, in Moreira, A, Sá, P. & Costa, A. P. (eds.) *Reflexões em torno de métodos Metodologias de Investigação*, vol. 1, Aveiro, UA Editora, 13-29.
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A. & Rossi, A. (2020) Mental Health Outcomes among Frontline and Second-Line Health Care Workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5), 2019–2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185> (acedido em 2 junho 2021).
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004) Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.
- Sequeira, J. & Areosa, J. (2020) Riscos Psicossociais: Estudo de Caso no Setor da Construção. *Segurança Comportamental*, 13, 23-33. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/119425/1/SCTArtigo23.pdf> (acedido em 13 de dezembro de 2021).
- Siegrist J. (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004) The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58 (8), 1483-1499.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T. Silvério, J. & Nossa, P. (2012) *Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSOQ*, Aveiro, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- SNS (2016) Estrutura Orgânica. Disponível em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/EstruturaOrganica.aspx> (acedido em 20 de agosto 2022).
- SNS (2021) Serviços e Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/> (acedido em 2 de agosto 2023).
- SNS (2022a) Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40001/4020900/Pages/default.aspx> (acedido em 20 de agosto 2022).

- SNS (2022b) Relatório Intercalar GAPS-CSP. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Relat%C3%B3rio%20intercalar%20GAPS%20CSP%20mar%C3%A7o%202022.pdf> (acedido em 10 de agosto 2022).
- SNS (2023) Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/primarios/> (acedido em 10 de agosto 2023).
- Slovic, P. (1987) Perception of Risk. *Science*, vol. 236, 280-285. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/271767726_Perception_of_Risk (acedido em 11 de janeiro de 2023).
- Souto, I., Brito, E. & Pereira, A. (2022) Avaliação de Stress Ocupacional em Tempo de Crise: Desafios à Psicologia 4.0. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 23(2), 533-543. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf (acedido em 10 de janeiro 2023).
- <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/34574/1/925%20%281%29.pdf>
- Souza, A., Alexandre, N. & Guirardello, E. (2017) Propriedades Psicométricas na Avaliação de Instrumentos: Avaliação da Confiabilidade e da Validade. *Epidemiologia e Serviços Saúde*, Brasília, 26(3): 649-659.
- União Europeia (2008) *European Pact for Mental Health and Well-being*, Bruxelas. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf (acedido em 20 de agosto 2022).
- União Europeia (2016) *Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia*, Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0019.01/DOC_3&format=PDF (acedido em 20 de janeiro 2022).
- Utzet, M., Navarro, A., Llorens, C. & Moncada, S. (2015) Intensification and isolation: psychosocial work environment changes in Spain 2005-10. *Occupational Medicine*, 65 (5), 405-412.
- Yeo, A., Legard, R., Keegan, J., Ward, K., Nicholls, C. & Lewis, J. (2014) *Qualitative Research Practice – A guide for Social Science Students & Researchers*, 2ª Edição, Londres, Sage Publications.
- Yin, R. Q. (2003) *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos*, 2ª Edição, Rio de Janeiro, Bookman.
- Yin, R. Q. (2014) *Case Study Research: Design and Methods*, 5ª Edição, Estados Unidos da América, Sage.

9. APÊNDICES

APÊNDICE 1

Questionário aplicado no estudo.



QUESTIONÁRIO

Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde – O caso da UCSP de Mértola

Autora:

Patrícia Matilde Coelho Alves
Aluna do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada
Professora da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve

Este questionário insere-se no âmbito de um trabalho de investigação do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde. Este tem como objetivo geral avaliar os fatores de risco psicossociais que afetam os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Mértola.

O questionário é anónimo pelo que não tem de se identificar. A informação que fornecer é totalmente confidencial. Os resultados serão analisados em conjunto com as respostas de todos os participantes para fins exclusivamente estatísticos. Os dados individuais não serão transmitidos a terceiros em situação alguma.

As respostas são apenas baseadas na sua opinião pelo que não existem respostas certas ou erradas. Estimamos que necessite de cerca de 20 minutos para a realização do questionário.

A sua participação é fundamental para a realização do estudo.

Muito Obrigada pela sua colaboração!

PARTE 1: Dados Sociodemográficos e Profissionais

SEXO

Masculino Feminino

IDADE

Menos de 30 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos Mais de 50 anos

ESTADO CIVIL

Solteiro Casado/União facto Divorciado Viúvo

AGREGADO FAMILIAR

Número de pessoas que constitui o agregado familiar: _____

Tem filhos menores a cargo? Sim Não

Tem filhos com necessidades educativas especiais? Sim Não

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Até 12^a ano ou equivalente

Licenciatura

Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento

SITUAÇÃO LABORAL NA UCSP DE MÉRTOLA

Grupo Profissional:

Assistente Operacional Assistente Técnico

Técnico Superior

Médico Enfermeiro

Tempo de trabalho na UCSP de Mértola:

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 6 a 10 anos Mais de 10 anos

Tempo total de serviço na profissão:

Menos de 1 ano 1 a 5 anos 6 a 10 anos Mais de 10 anos

Acumulação de 2 ou mais empregos em simultâneo:

Sim Não

Vínculo contratual:

Contrato a tempo indeterminado Contrato a termo resolutivo

Outro tipo de vínculo contratual Trabalhadores independentes

Tipo de horário:

Horário completo

Horário a tempo parcial

Horário flexível

Isenção de horário

Faltas ao Trabalho:

Faltou alguma vez ao trabalho no ano de 2021? Sim Não

Qual(is) o(s) motivo(s) das faltas? (se assinalou mais do que uma opção, indique os dias correspondentes a cada uma e por quantos períodos foram distribuídas)

Doença N° de faltas _____ As faltas foram distribuídas por quantos períodos? _____

Assistência a familiar N° de faltas _____ As faltas foram distribuídas por quantos períodos? _____

Licença de maternidade N° de faltas _____ As faltas foram distribuídas por quantos períodos? _____

Licença de casamento N° de faltas _____ As faltas foram distribuídas por quantos períodos? _____

Licença Nojo N° de faltas _____ As faltas foram distribuídas por quantos períodos? _____

Acidente de trabalho N° de faltas _____ As faltas foram distribuídas por quantos períodos? _____

Falta Injustificada N° de faltas _____ As faltas foram distribuídas por quantos períodos? _____

Outro N° de faltas _____ As faltas foram distribuídas por quantos períodos? _____

ATIVIDADES DE LAZER E DESPORTIVAS

Pratica atividades de lazer? Sim Não

Pratica alguma atividade física de forma regular? Sim Não

PARTE 2: COPSOQ II – Avaliação dos Riscos Psicossociais

COPSOQ II – Versão Média Subescalas

(Kristensen, T., 2001)
(Tradução e adaptação de Silva, C. *et al.*, 2011)

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

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

Exigências quantitativas	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 fazer horas-extra?					
Ritmo de trabalho					
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
Exigências cognitivas					
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?					
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
Exigências emocionais					
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
Influência do trabalho					
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?					
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?					
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?					
Possibilidades de desenvolvimento					
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?					
Previsibilidade					
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
Transparência do papel laboral desempenhado					
18. O seu trabalho apresenta objetivos claros?					
19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exatamente o que é esperado de si?					
Recompensas					
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o?					
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					

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

Conflitos laborais	1	2	3	4	5
24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?					
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?					
26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?					
Apoio social de colegas					
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?					
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?					
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
Apoio social de superiores					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
Comunidade social no trabalho					
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					
Qualidade da liderança Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...					
36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38. É bom no planeamento do trabalho?					
39. É bom a resolver conflitos?					
Confiança horizontal					
40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?					
41. Os funcionários ocultam informação à gerência?					
42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?					
Confiança vertical					
43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?					
45. A gerência oculta informação aos seus funcionários?					
Justiça e respeito					
46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?					
48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
Auto-eficácia					
49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					
50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objetivos.					

1 – Nunca/quase nunca 2 – Um pouco 3 – Moderadamente 4 – Muito 5 - Extremamente

Significado do trabalho	1	2	3	4	5
51. O seu trabalho tem algum significado para si?					
52. Sente que o seu trabalho é importante?					
53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?					

Compromisso face ao local de trabalho	1	2	3	4	5
54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?					
55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					

Satisfação no trabalho	1	2	3	4	5
Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...					
56. As suas perspetivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					

Insegurança laboral	1	2	3	4	5
60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

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

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

1 – Nunca/quase nunca 2 – Um pouco 3 – Moderadamente 4 – Muito 5 - Extremamente

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

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

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

Problemas em dormir	1	2	3	4	5
65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					

Burnout	1	2	3	4	5
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					

Stress	1	2	3	4	5
69. Irritado?					
70. Ansioso?					

Sintomas depressivos	1	2	3	4	5
71. Triste?					

72. Falta de interesse por coisas cotidianas?					
---	--	--	--	--	--

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

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

Comportamentos ofensivos

	1	2	3	4	5
73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
75. Tem sido exposto a ameaças de violência?					
76. Tem sido exposto a violência física?					

APÊNDICE 2

Guião para a entrevista

Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde – O caso da UCSP de Mértola

Guião de Entrevista Semiestruturada

Contextualização do estudo: A presente entrevista insere-se numa investigação para realização de uma dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, que pretende avaliar os fatores de risco psicossociais que afetam os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Mértola.

Entrevistados: Elementos com papéis determinantes na área da gestão dos riscos psicossociais e a exercer Funções de Gestão, na Saúde Pública e na Saúde Ocupacional.

Tipo de Entrevista: Oral, com recurso a recolha de som, caso exista autorização.

Local da Entrevista: Espaço reservado, com condições para o efeito.

Duração da Entrevista: Cerca de 45 minutos.

Momento da Entrevista: A definir, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Temas/Perguntas:

I – Significado de Riscos Psicossociais

1. Como define Riscos Psicossociais?

II - Fatores de Riscos Psicossociais

2. Quais os principais fatores de risco psicossociais associados às instituições/unidades prestadoras de cuidados de saúde (em especial, ao nível dos cuidados de saúde primários e de uma UCSP)?
3. Quais os principais fatores de risco psicossociais associados ao trabalho dos profissionais de saúde dessas unidades?

III- Impacto dos Riscos Psicossociais

4. Quais os riscos psicossociais que considera ter um maior impacto nas Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários (ao nível dos impactos socioeconómicos) e nos seus profissionais de saúde (ao nível do seu desempenho e qualidade de vida)?

5. Qual a incidência dos riscos psicossociais ao nível dos grupos socioprofissionais (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais...)?
6. Considera que a pandemia provocada pelo SARS-Cov-2 teve repercussões em termos de desenvolvimento/agravamento dos riscos psicossociais? Que evidências justificam essa percepção?

IV – Importância e Contributos da Gestão dos Riscos Psicossociais

7. Qual a importância que atribui à gestão dos riscos psicossociais? Considera que os riscos psicossociais são uma dimensão valorizada ao nível da gestão?
8. A que níveis a gestão dos riscos psicossociais pode contribuir para a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde? Ou seja, quais os benefícios que surgem em consequência do investimento de uma correta gestão dos riscos laborais (por exemplo, a OMS enumera uma lista de benefícios de carácter económico, social, ambiental e de saúde)?

V – Ações e Medidas de Apoio ao Nível da Gestão dos Riscos Psicossociais

9. Quais as ações que existem ao nível da Gestão dos Riscos Psicossociais?
10. Ao nível da prevenção dos riscos psicossociais, que tipo de medidas estão a ser desenvolvidas pela instituição/unidade?
11. O Código do Trabalho português refere o dever das entidades patronais instituírem medidas protetoras dos trabalhadores relativamente aos riscos psicossociais, por forma a que estes riscos não comprometam a segurança e saúde do trabalhador. Como avalia o compromisso das instituições e unidades de saúde na aplicação dessas medidas?
12. As instituições/unidades (como é o caso da ULSBA) dispõem de algum tipo de apoio direcionado para os profissionais afetados por riscos psicossociais? Os riscos psicossociais são abordados ou avaliados nas consultas de Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho?
13. Já foram realizados estudos anteriores na área da Gestão dos Riscos Psicossociais na ULSBA? Se sim, qual o impacto que estes tiveram em termos de gestão e de medidas implementadas para a gestão dos mesmos?

VI – Desafios e Projetos Futuros ao nível Gestão dos Riscos Psicossociais.

14. Quais os principais desafios futuros que se colocam às instituições ao nível da gestão dos Riscos Psicossociais?
15. Existem projetos pensados (ou em curso) que respondam a esses desafios? Se sim, que tipo de projetos e como está a ser pensada a sua implementação?

APÊNDICE 3

Grelha de análise de conteúdo.

APÊNDICE 3 Grelha de análise de conteúdo.

Grelha de análise de conteúdo das entrevistas

	Respostas dadas pelo elemento com funções de gestão no ACES			
	Respostas dadas pelo elemento em funções na USP			
	Respostas dadas pelo elemento coordenador do ProGeRPsi			
Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde				
Categories	Subcategorias	Unidades de Significação	Unidades de Contexto	Entrevistado
Significado de Riscos Psicossociais	Definição de Riscos Psicossociais	Elementos presentes no local de trabalho e que têm capacidade de originar consequências para a saúde física e psicológica dos profissionais. A sua quantificação permite mensurar o risco que estes têm de vir a desenvolver problemas de saúde, quer sejam físicos ou mentais.	“os fatores de risco psicossociais são todos os elementos presentes no local de trabalho que podem originar consequências para a saúde física e psicológica dos trabalhadores e que sendo quantificados dão-nos uma noção do risco que estes trabalhadores correm de vir a desenvolver problemas de saúde, quer sejam físicos ou mentais.”	C_ProGerPsi
		Situações ou fatores com capacidade de afetar psicológica, física ou socialmente um indivíduo em contexto de trabalho. Engloba situações passíveis de provocarem algum efeito negativo na saúde do trabalhador.	“situações ou fatores que podem afetar a nível psicológico, social ou até a nível físico qualquer pessoa em (...) contexto de trabalho.” “situações que possam ter algum efeito negativo na saúde da pessoa”	E_Gestor
		Fatores ou situações que podem ser experienciadas em contexto de trabalho, independentemente do profissional ou cargo desempenhado. São passíveis de causar danos ao nível social ou psicológico e têm impacto não só no bem-estar, mas também na	“situações vividas, tanto por gestores de empresas como por outros profissionais, que de alguma forma provocam danos aos níveis social, psicológico e de produtividade das empresas e das pessoas que lá trabalham.” “fatores, no emprego, (...) que nos levam a descompensações psicológicas que se replicam muitas	E_USP

		produtividade dos trabalhadores e da empresa.	vezes na produtividade da própria empresa e no bem-estar de cada um.”	
Fatores de Risco Psicossociais	Fatores Associados às Instituições de Saúde	<p>Podem nomear-se como fatores de risco associados às instituições: a sobrecarga emocional e física, a dificuldade de conciliação do trabalho com a vida familiar, as relações interpessoais, a dificuldade de progressão na carreira, a falta de reconhecimento, os conflitos com os colegas e superiores hierárquicos, a percepção da qualidade da liderança e os fenómenos de <i>mobbing</i>, de <i>bullying</i> ou de assédio sexual no local de trabalho.</p> <p>Verifica-se que a exposição a situações de violência e a agressões está a aumentar, principalmente no grupo profissional dos médicos e dos enfermeiros.</p> <p>No Baixo Alentejo (interior), ao contrário das grandes cidades, em que há uma oferta mais diversificada de serviços de saúde, os utentes têm maior tendência em valorizar e reconhecer o papel dos profissionais de saúde.</p> <p>Cada fator de risco amplifica outros e a soma de tudo é significativamente maior que a soma das partes.</p>	<p>“Os fatores de risco psicossociais são imensos desde sobrecarga emocional, sobrecarga física, conciliação do trabalho com a vida familiar, as relações interpessoais.”</p> <p>“As questões dos enfermeiros, que estão completamente estagnados a nível de carreira e de progressão (...) muitas coisas a nível pessoal, os conflitos com os colegas, os conflitos com as chefias, a perceção da liderança, da qualidade da liderança, as questões com as carreiras (...) conciliação do trabalho com a família”</p> <p>“a exposição à violência (...) está cada vez mais a aumentar, principalmente em médicos e em enfermeiros.”</p> <p>“Em geral, há reconhecimento. Embora, com alguns casos tristes, quando há as agressões.” “Nas cidades grandes em que há mais oferta, e principalmente a nível de oferta privada, as pessoas têm mais alternativas, enquanto que aqui (Baixo Alentejo interior) há muito menos oferta, portanto as pessoas têm tendência a valorizar mais.”</p> <p>“falta de reconhecimento (...) conflitos pessoais, conflitos com a chefia, fenómenos de <i>mobbing</i> ou de <i>bullying</i> no local de trabalho, ou assédio sexual. No fundo, isto é uma bola de neve, não é? Cada um amplifica o outro. E a soma de tudo, não é igual à soma das partes, é muito maior.”</p>	C_ProGerPsi
		Como fatores de risco associados às instituições podem considerar-	“situações que são causadoras de grande <i>stress</i> ou de grande ansiedade (...) uma situação prolongada no	E_Gestor

		<p>se as situações desencadeadoras de grande <i>stress</i> ou ansiedade, principalmente quando estas são prolongadas no tempo; a sobrecarga de atividades que têm que ser desenvolvidas num período temporal demasiado curto; o aumento do número de horas de trabalho e os conflitos com os utentes.</p> <p>Quanto maior é o número de horas que o profissional permanece na instituição, maior é o nível de ansiedade e o <i>stress</i>, e, maior é a dificuldade de gerir situações que, por si só, despoletam esta sintomatologia.</p> <p>Existem situações associadas ao teor das funções dos profissionais de saúde, que por serem situações limiares de vida ou de morte, podem constituir-se como fatores de risco psicossociais, mas o seu impacto depende das competências individuais do profissional para gerir determinada situação.</p>	<p>tempo, desta natureza, para mim é um dos riscos Psicossociais que estão associados às instituições e em caso particular as UCSP's"</p> <p>"Outras situações relacionadas com a prática de cuidados que também podem causar grande ansiedade grande <i>stress</i>, portanto todas aquelas que lidam com o limiar entre a vida e a morte (...) uma emergência, uma urgência ou também pode não ser de nenhuma situação destas, isto depois também depende de cada pessoa, da forma como cada um consegue lidar e gerir as situações com experiências anteriores, semelhantes e para as quais já desenvolveu competências"</p> <p>"todas as situações também que lidam com estas situações de vida e morte são geradoras de muita ansiedade e muito <i>stress</i>, portanto, de um risco psicossocial acrescido nas unidades."</p> <p>"elevada carga de trabalho, a sobrecarga de atividades que as pessoas têm que dar resposta em determinado período de tempo"</p> <p>"atendimento (...) algumas pessoas que, por natureza são conflituosas ou são pessoas com uma carga emocional negativa muito grande ou porque tiveram experiências negativas anteriormente, no atendimento personalizado (...) há pessoas com mais capacidade para essas situações do que outras, mas isto para dizer, que o tipo de pessoas, o tipo de utentes podem levar a situações de conflito mais frequentes com os profissionais e essas situações de conflito são um risco também psicossocial, no meu entendimento(...)."</p> <p>"o aumento do número de horas de trabalho, o número de horas que é passado nas unidades (...) quanto maior o número de horas que se está nos serviços, maior é a ansiedade e o <i>stress</i>, maior também a dificuldade de gerir situações de <i>stress</i>, maior dificuldade em gerir situações que por si só despoletam <i>stress</i> e ansiedade."</p>	
--	--	---	--	--

		<p>Existem fatores de risco psicossociais relacionados com a estrutura da organização e com a organização do trabalho.</p> <p>A estrutura da organização engloba a falta de definição ou de clareza das funções, a falta de comunicação interna, os conflitos interpessoais dentro do mesmo serviço ou entre serviços, a falta de oportunidades de desenvolvimento profissional, a insuficiência ou ausência de compensações e de reconhecimento profissional.</p> <p>No âmbito da organização do trabalho destaca-se a sobrecarga de trabalho, o elevado número de horas de trabalho, os horários por turnos, a insuficiência das pausas para descanso, as ordens superiores contraditórias, a necessidade de adaptação permanente a alterações frequentes, o desalinhamento entre os objetivos pessoais do colaborador e as tarefas profissionais, o facto de o conteúdo do trabalho não ter significado para o trabalhador, as tarefas pouco motivantes e desadequadas para as competências do trabalhador, as tarefas repetitivas e a falta de envolvimento nas decisões associadas ao local de trabalho.</p>	<p>“fatores relacionados com a estrutura da organização e fatores relacionados com a organização do trabalho.”</p> <p>“Dentro da estrutura (...) identificamos o papel do (...) colaborador, ou a falta de definição de funções e clarificação das mesmas; a falta de comunicação interna; os conflitos interpessoais ou uma má relação entre trabalhadores, (...) quer dentro do mesmo serviço, quer entre serviços. A falta de oportunidades de promoção de desenvolvimento profissional (...), o baixo nível ou inexistência de compensações ou de recompensas (...) não falo apenas da questão monetária, mas também da questão de reconhecimento profissional”</p> <p>“Relacionados com a organização do trabalho; são os horários de trabalho (...) por vezes superiores a oito horas, doze ou até vinte e quatro horas diárias (...), horários por turnos, o que no nosso caso (profissionais de saúde) é muito evidente. As pausas curtas para descanso. (...) ordens superiores contraditórias, num curto espaço de tempo, não por culpa dos chefes, porque eles também são chefiados por outros, mas por questão de alterações que vão surgindo e que exigem adaptação permanente. (...) Esta adaptação gera algum desenquadramento naquilo que nós definimos como os nossos objetivos pessoais e cumprimentos de tarefas profissionais.”</p> <p>“O conteúdo do trabalho não ter significado para ti (...) Não permite que o colaborador replique todos os seus conhecimentos e competências. (...) tarefas definidas repetitivas, que para o próprio não é aquilo que completa as expectativas criadas, tanto em termos de formação académica como em termos de formação profissional (...) A carga de trabalho superior à capacidade do trabalhador”</p>	E_USP
--	--	---	--	-------

			“a falta da autonomia e controlo naquilo que tu fazes, ou seja, a cadeia hierárquica, no meu entender, (...) quando chega, a quem aplica a tarefa, muitas vezes é incompreensível.”	
Fatores Associados às Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários	Os profissionais de saúde que exercem funções nos Cuidados de Saúde Primários estão menos sujeitos aos fatores de risco associados ao horário de trabalho. Fazer turnos noturnos está muito associado a vários problemas como o aumento do <i>stress</i> , problemas de sono, dificuldades acrescidas a conciliar a medicação que lhes foi prescrita com os turnos e impacto na sua saúde em geral. As exigências emocionais estão particularmente presentes nos Cuidados de Saúde Primários e estão relacionadas com o facto de estes serem, regra geral, o primeiro ponto de contato do utente com os cuidados de saúde. Por esse motivo estão mais expostos a episódios de violência e a pressões indevidas por parte dos utentes. Por outro lado, estes profissionais desempenham parte das suas atividades na comunidade, o que faz com que sejam conhecedores de algumas situações degradantes da realidade social.	“À partida os profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários têm uma vantagem, que é o horário de funcionamento. Fazer turnos noturnos está muito associado a vários problemas, aumento do <i>stress</i> , problemas de sono, dificuldades acrescidas a conciliar a medicação com os turnos e impacto na saúde em geral.” “Por outro lado, são a porta de entrada. Portanto, são muito expostos a episódios de violência contra os profissionais (...), a pressões indevidas por parte dos utentes, para obterem benefícios, as baixas. Por outro lado, os profissionais estão muito próximos das populações (...) deslocam-se à casa das pessoas, por exemplo, a UCC, que presta cuidados de enfermagem nos domicílios das pessoas e podem estar expostas a situações de realidade social que nós temos. A pobreza grave, falta de condições de higiene, carências alimentares, inclusive a nível das crianças ou dos idosos. Portanto, as exigências emocionais (...) estão particularmente presentes.” “A questão das carreiras, que é transversal aos enfermeiros e aos outros profissionais. De uma maneira geral, parece que não é pior que os cuidados hospitalares, pelo contrário (...). Vê-se muitas pessoas a pedir transferência do hospital para os cuidados de saúde primários e não se vê esse movimento ao contrário.”	C_ProGerPsi	

Impacto dos Riscos Psicossociais	Impacto ao Nível Organizacional	<p>O impacto dos Riscos Psicossociais na organização pode materializar-se em situações de absentismo, risco de litigância e presentismo. Os custos associados a estes fenómenos são, possivelmente, muito superiores aos custos de se intervir na sua prevenção.</p> <p>O aumento do <i>stress</i> numa fase inicial promove a melhoria da performance, até atingir um ponto máximo, considerado uma zona ótima. A partir desse ponto o aumento do <i>stress</i>, de forma continuada, resulta num declínio da produtividade.</p>	<p>“absentismo”</p> <p>“No caso dos profissionais de saúde a exposição ao risco de litigância, de erro médico.”</p> <p>“As pessoas abandonam, põe baixa, ocorre o fenómeno do presentismo, as pessoas estão no local de trabalho, mas não estão a produzir. E isto tem custos, que se calhar são muito superiores aos custos de atuar.”</p> <p>“Nós não continuamos a aumentar o <i>stress</i> e a performance a melhorar. Pouco <i>stress</i> (...) é tão mau com o excesso de trabalho. Portanto há aqui uma zona em que quando nós aumentamos o <i>stress</i> a resposta da pessoa melhora (...) há um ponto máximo, há uma zona em que nós vamos aumentando até um certo ponto e a pessoa vai respondendo, portanto, uma zona ótima. Mas, a partir de um ponto quanto mais aumentamos a performance vai diminuindo”</p>	C_ProGerPsi
		<p>O fator de risco psicossocial com maior impacto é o excesso de trabalho, seguido das situações de conflito, que estão na origem de várias situações de absentismo.</p>	<p>“(...) Eu, da perceção que tenho sobre isso, acho que o excesso de trabalho conduz muitas pessoas a situações de absentismo, portanto acho que esse tem aqui um impacto maior. (...) E logo a seguir, aquelas situações de conflitos, também me apercebo que... e agora nesta posição em que estou, porque consigo ter uma noção de todas as outras unidades. Quando há uma situação de conflito entre profissionais ou entre profissionais e utentes também leva muitas vezes a que a pessoa fique em casa até que se sinta mais recuperada.”</p>	E_Gestor
		<p>Nas unidades de saúde coexistem e interagem problemas associados com as tarefas laborais, a organização do trabalho ou com a estrutura do trabalho.</p> <p>Os fatores de risco psicossociais têm impacto na produtividade e na</p>	<p>“Penso que, tanto relacionados com os tarefas laborais, com a organização do trabalho ou com a estrutura do trabalho, que já falamos anteriormente, as situações das unidades de cuidados têm alguma especificidade. (...) ecossistemas ou viveiros destes problemas todos.”</p>	E_USP

		<p>qualidade do trabalho desenvolvido.</p> <p>A automatização do trabalho, através de tarefas repetitivas e estratificado por tarefas, torna o trabalho rotineiro, desmotivante e pouco interessante.</p>	<p>“vai-se espelhar naquilo que é (...) a tua produtividade e, a qualidade principalmente da tua produtividade”</p> <p>“A automatização do trabalho (...) o trabalho, muitas vezes repetitivo e estratificado por tarefas, para muitas pessoas torna-se rotineiro, desmotivante e pouco interessante.”</p>	
Impacto ao Nível Individual		<p>Ao nível individual, os riscos psicossociais têm efeitos na saúde, como os distúrbios do sono, o <i>burnout</i>, o <i>stress</i> excessivo e sintomas depressivos.</p> <p>Estudos apontam para elevadas taxas de suicídio entre médicos anestesistas e psiquiatras, sendo que estas taxas se verificam também noutras profissões com elevada exigência cognitiva, emocional, elevado número de horas trabalhadas, dificuldade em conciliar a vida profissional com a familiar, dificuldade de progressão na carreira e falta de reconhecimento.</p>	<p>“efeito na saúde (...) os problemas em dormir, o <i>burnout</i>, o <i>stress</i>, os sintomas depressivos (...). Portanto, particularmente expostos a sofrer <i>burnout</i>, (...) <i>Stress</i> excessivo, sintomas depressivos”</p> <p>“alguns estudos sobre suicídio apontam que especialmente os médicos e algumas especialidades como os anestesistas e os psiquiatras estão particularmente em risco com taxas de suicídio muito superiores à população em geral (...) todas as áreas em que há uma grande exigência cognitiva, emocional, número de horas trabalhadas, dificuldade em conciliar o trabalho com o apoio à família, (...) se a isso acrescermos, dificuldade de progressão na carreira, não ser valorizado não só a nível remuneratório, mas também a nível de reconhecimento.”</p>	C_ProGerPsi
		Os riscos psicossociais causam elevados níveis de stress e ansiedade.	“são causadoras de grande stress ou de grande ansiedade”	E_Gestor
		Os fatores de risco psicossociais interferem com o bem-estar do trabalhador.	“vai-se espelhar naquilo que é o teu bem-estar”	E_USP

	<p>Impacto ao Nível da Categoria Profissional</p>	<p>A par do que se verifica noutros estudos nacionais ou mesmo internacionais, os riscos psicossociais presentes nos Cuidados de Saúde Hospitalares são superiores quando comparados com os riscos presentes nos Cuidados de Saúde Primários.</p> <p>Os estudos apontam para perfis semelhantes entre as categorias profissionais: médico, enfermeiro e auxiliares de ação médica. No entanto, na subclasse dos médicos internos há um agravamento do risco que pode estar associado ao facto de ainda estarem em formação, logo muito dependentes da avaliação. Estes fatores condicionam os médicos internos a tentar corresponder a todas as exigências colocadas, o que pode implicar desempenhar as suas funções em condições precárias e com grande sobrecarga horária. Evitam também faltar ou colocar atestados médicos para não atrasar a sua formação.</p> <p>Os enfermeiros são o grupo profissional que apresenta maior absentismo. Fator que também se verifica na ULSBA.</p> <p>Os colaboradores do sexo feminino são os que têm um maior absentismo por problemas de saúde.</p>	<p>“o risco era superior nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Não houve nenhuma em que os Cuidados de Saúde Primários fossem superiores e, em geral é o que se vê noutros estudos, mesmo portugueses (...).”</p> <p>“os estudos apontam muito para perfis parecidos entre médicos, os enfermeiros e os auxiliares de ação médica. Embora parece que na subclasse dos médicos internos há um agravamento do risco por causa daquelas situações que lhe falei.” “pela natureza muito dependente da avaliação anual e das exigências que lhes são impostas, e para tentar terminar a formação aceitam muitas vezes condições subótimas (...) muitas vezes oitenta horas por semana/cem horas por semana, mais o estudo em casa. Não se permitem pôr baixa, não se permitem ficar doentes porque atrasa a formação e estão dependentes da avaliação dos seus supervisores. Há aqui uma altura particularmente precária.”</p> <p>“os enfermeiros (...) são o grupo que apresenta maior absentismo, mesmo a nível da ULSBA (...) E isso, também é um indicador em direto de que as coisas não estão bem.”</p> <p>“Especificamente as mulheres faltam mais por problemas de saúde. (...) há padrões específicos ou micropadrões ou por classes profissionais, ou por subclasses profissionais ou por sexo, ou por idade, ou outros, até microfenómenos que precisam de respostas individuais.”</p>	<p>C_ProGerPsi</p>
--	---	--	--	--------------------

		Observam-se padrões específicos associados a determinadas classes/subclasses profissionais, sexos ou idade que necessitam ser estudados e carecem de uma resposta direcionada.		
		Não sendo possível mensurar ou realizar uma comparação entre classes profissionais, verifica-se de uma forma empírica que os assistentes operacionais, seguido dos enfermeiros, são os profissionais com maior absentismo, associado aos fatores de risco psicossociais presentes no trabalho.	“eu não consigo mensurar (...) não consigo dizer que há maior percentagem nuns ou noutros (...) Mas o que é que eu vejo... o grupo dos assistentes operacionais se calhar é daqueles que mais se ausenta por essas situações que enumerámos e a seguir os enfermeiros”	E_Gestor
		Nas unidades de saúde não é possível fazer uma distinção significativa entre grupos profissionais. Associados às funções da profissão existem riscos que se encontram mais evidentes. No entanto, os profissionais desenvolvem estratégias para se protegerem dos mesmos. Nos últimos anos, mesmo antes do início da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2, tem-se vindo a verificar uma pressão enorme sobre os profissionais das unidades	“(…) antes de sermos médicos, assistentes operacionais ou enfermeiros, somos pessoas e esta situação dos riscos psicossociais não tem muito a ver com a tarefa que tu estás a desempenhar. (...) nesta situação, nas unidades de saúde, eu não fazia uma distinção assim tão grande. Há riscos que aumentam quando estamos a lidar com microrganismos mais agressivos, por exemplo, (...) mas também temos modelos e aprendemos protegermo-nos deles. (...) No tipo de riscos que estamos a falar, riscos psicossociais, eu acho que isto é mesmo transversal, (...) tanto enfermeiros, técnicos, assistentes técnicos, assistentes operacionais, médicos, gestores destas unidades sofrem uma pressão tremenda ou pelo menos nos últimos anos têm vindo a sofrer uma pressão	E_USP

		de saúde, independentemente do grupo profissional a que pertençam.	tremenda. E não digo os últimos anos relacionados com o COVID, é mesmo antes disso.”	
Perceção do Impacto dos Riscos Psicossociais nos Elementos com Funções de Gestão		Os profissionais que desempenham funções de gestão, dentro da instituição são os que têm um perfil de risco mais baixo. Estes não estão sujeitos aos riscos psicossociais associados à prática clínica nem a horários por turnos.	“São áreas que não são clínicas, portanto não sendo clínicos não estão expostos aos problemas da prática clínica. É essencialmente o não poder falhar, a exigência a nível de resultados, as exigências a nível emocional, lidar com situações difíceis, de lidar com situações sociais difíceis, os horários que são mais facilitados, são em princípio horários normais das nove às cinco. E, têm outros problemas mais relacionados com os riscos psicossociais num ambiente de escritório, que são diferentes de prestação de cuidados de saúde. Portanto, esses serão os grupos com o perfil de risco mais favorável dentro da instituição – área de apoio, área da gestão.” (Estudo: “Riscos Psicossociais em Trabalhadores de Uma Unidade Local de Saúde no Alentejo”)	C_ProGerPsi
		Os profissionais que desempenham funções de gestão estão sujeitos a enorme pressão e a situações, por vezes, extremas de <i>stress</i> , o que tem um impacto muito significativo em termos de riscos psicossociais.	“eles próprios também estão tão sujeitos a pressão, a situações de <i>stress</i> que tu nem podes imaginar e que eu imaginava que poderiam existir, mas não imaginava a dimensão e o impacto que essas situações têm em nós. (...)”	E_Gestor
		Os gestores das unidades de saúde estão expostos a uma enorme pressão, no âmbito das suas funções.	“gestores destas unidades sofrem uma pressão tremenda ou pelo menos nos últimos anos têm vindo a sofrer uma pressão tremenda.”	E_USP
Impacto da Pandemia no Agravamento dos Riscos Psicossociais		Em 2021 foi realizado um estudo na ULSBA sobre os fatores de risco psicossociais associados aos profissionais dos cuidados de saúde hospitalares que integraram equipas de tratamento ao utente	(estudo que se encontra a ser realizado na ULSBA sobre os fatores de risco psicossociais associados aos profissionais hospitalares que integraram equipas de tratamento ao utente com Covid-19) “estudo que foi feito nos trabalhadores que estavam a trabalhar com utentes Covid, durante a fase pior (...)”	C_ProGerPsi

		<p>com Covid-19. Comparativamente com um estudo anterior semelhante observou-se um aumento do risco associado a grande parte dos fatores de risco avaliados anteriormente.</p> <p>Concluiu-se que a pandemia agravou bastante o risco psicossocial, nos trabalhadores avaliados. Considera-se ser possível extrapolar estes resultados para os trabalhadores de outros serviços na instituição.</p> <p>De uma forma geral, pode-se afirmar que o risco para a saúde dos trabalhadores aparenta ter aumentado bastante. Verificou-se um aumento significativo na procura das consultas de psiquiatria do trabalho. Simultaneamente, com o aumento do risco e das consequências para a saúde dos trabalhadores, verificou-se também o aumento da percepção do risco. Esta percepção, por parte dos trabalhadores, gerou interesse e sensibilidade para o risco, o que é muito importante e leva a que mais profissionais se interessem por esta temática.</p>	<p>2021. Portanto, é a mesma instituição (relativamente ao estudo anterior) (...) A vermelho (alto risco) há uma série de fatores (...) ala covid, uma Unidade Cuidados Intensivos, três unidades covid, pediatria e urgência geral. Todos com risco a nível das exigências emocionais, exigências cognitivas, ritmo de trabalho na Unidade Cuidados Intensivos, exigências quantitativas na Unidade Cuidados Intensivos, previsibilidade no trabalho aqui nesta enfermaria Covid (...) Ou seja, o Covid-19 piorou muito o risco psicossocial, nestes trabalhadores, que foram avaliados, mas se calhar podemos extrapolar que nos outros foi parecido. Mas pronto, estudámos estes porque pareceu-nos que havia um risco maior, não é? Porque maior pressão dos serviços, o fator social do alarme, a questão física dos fatos e dos equipamentos, uma série de fatores levaram-nos a pensar que estes trabalhadores estariam piores (...). Mas, o que podemos dizer é que o risco para a sua saúde piorou, pelo menos parece ter piorado bastante. Isso pode-se ver na procura das consultas de psiquiatria do trabalho, que já em 2020 havia um aumento de quatrocentos por cento no número de primeiras consultas. (...) a Covid-19 veio, por um lado, piorar o risco. Aumentou o número fatores de risco, piorou o risco, aumentaram as consequências para a saúde dos trabalhadores decorrentes da sua atividade profissional. Por outro lado, acho que também aumentou a percepção do risco. Isso é bom, porque esperemos que mais e mais pessoas se interessem por isto“</p> <p>“Nós recebemos um prémio “Investir em Saúde”, um prémio nacional, patrocinado por uma série de instituições, o Jornal de Negócios, pelo apoio na recuperação da pandemia.”</p>	
--	--	---	--	--

		<p>A pandemia teve um impacto significativo no agravamento dos riscos psicossociais.</p> <p>Durante a pandemia verificou-se dificuldade por parte dos profissionais em gerir as situações com que eram confrontados e a terem que lidar com o medo a elas associado. O aumento da ansiedade e do <i>stress</i> levou a situações de absentismo. À medida que a pandemia evoluiu, verificaram-se situações de cansaço extremo, desmotivação, dificuldade em voltar à normalidade e às funções que desempenhavam anteriormente.</p> <p>Observa-se que o fenómeno do <i>quiet quitting</i> começou a emergir entre os profissionais na sequência da pandemia.</p> <p>A pandemia acabou por ampliar as características individuais das pessoas. Os profissionais que, atualmente têm maior capacidade de trabalho, de desenvolver várias tarefas com sucesso e que eram mais motivados, são os mesmos que já possuíam essas características anteriormente. Os profissionais que, anteriormente demonstravam menos motivação, foram aqueles que foram mais afetados pela pandemia.</p>	<p>“Teve muito impacto. Pelo menos eu tenho perceção. Se anteriormente já haviam estas situações, em plena pandemia verificou-se isso. Havia muitas pessoas que não conseguiam gerir a situação e o medo, portanto, aumentou-lhes de tal forma ansiedade e o <i>stress</i> que as pessoas nem conseguiram vir trabalhar. Depois, à medida que a pandemia evoluiu (...) as pessoas ficaram extremamente cansadas, desmotivadas, não tem aquela vontade anímica para continuar, (...) parece que têm dificuldade em voltar à normalidade, às funções que desempenhavam e, dar continuidade de resposta aquilo que ainda é necessário dar. Depois existe, um fenómeno que até agora é muito falado nas redes sociais e que eu já tenho verificado que é o <i>quiet quitting</i>, as pessoas estão aqui para fazer o mínimo, não se esforçam por mais. Acho que isto foi tudo também da pandemia. Também vejo que as pessoas com mais capacidade de trabalho, de desenvolver várias tarefas e com sucesso e de se manterem motivadas, portanto, são as mesmas que já eram antes. As outras que já tinham menos motivação são aquelas que foram mais abaixo. Isso também acaba por ser (...) uma característica individual da pessoa.”</p> <p>“as tarefas que já existiam para fazer antes, das funções que eles (profissionais de saúde) tinham que desempenhar, acrescidas das que a pandemia trouxe, quer seja relacionadas com a vacinação, quer seja com a testagem, quer seja com a abordagem das pessoas. Portanto, são situações que sobrecarregam as atividades dos profissionais e aquilo que eles têm que dar a resposta. Depois, como o tempo é o mesmo para se dar essa resposta, isto vai sentir-se como uma sobrecarga que uns podem gerir de uma forma melhor, mais positiva. Outros, claro está, gerem isto de forma</p>	E_Gestor
--	--	---	--	----------

		<p>Durante este período, às funções que os profissionais desempenhavam cresceram aquelas associadas à pandemia, aumentando a sobrecarga de trabalho e o consequente aumento dos riscos psicossociais. Porém, os profissionais que apresentaram uma maior dificuldade em gerir esta sobrecarga acabaram por ser os mais afetados, com consequências ao nível da saúde física, psicológica e/ou até social.</p>	<p>mais negativa e obviamente que esses (...) serão mais afetados. (...) isso também depende de cada um, da capacidade que cada um consegue gerir essas situações, mas independentemente disso, há sempre uma sobrecarga e uma sobrecarga aumenta o risco e tem impacto em qualquer uma das esferas, quer a nível da saúde física, psicológica ou até nos aspetos sociais das relações, até das relações com os pares.”</p>	
		<p>Apesar da pandemia ter tido impacto ao nível dos riscos psicossociais, existiram pessoas que vivenciaram este período de uma forma positiva, sentindo-se mais úteis.</p>	<p>“a minha experiência empírica diz-me que, logicamente, com todas as alterações que sofremos, reorganização do trabalho, o relacionamento entre pessoas, pressão, horas de trabalho, sobrecarga de trabalho (...) logicamente que teve algum impacto. (...) no que se viveu nos últimos 2 anos também houve pessoas que se sentiram mais (...) úteis (...)“gostaram do tempo” que tiveram pressionados, que se sentiram a ajudar os outros”</p>	E_USP
<p>Importância e Contributos da Gestão dos Riscos Psicossociais</p>	<p>Grau de Importância Atribuída à Gestão dos Riscos Psicossociais</p>	<p>O apoio da gestão, principalmente da gestão superior é fundamental para a gestão dos riscos psicossociais. As chefias intermédias tendem a encarar esta temática como uma ameaça à sua gestão e receiam que a avaliação do seu desempenho possa ser afetada pela emergência desses riscos. Se os gestores não valorizarem os riscos psicossociais, os restantes</p>	<p>“É fundamental o apoio da gestão, principalmente da gestão superior, porque se a gestão superior não dá o exemplo, as pessoas da cadeia hierárquica não percebem que isto é um problema (...) principalmente as chefias intermédias. As chefias intermédias tendem a ver isto como uma maneira de julgarem (...) têm medo que isso se reflita na avaliação que é feita da sua chefia. (...) Portanto, o apoio das chefias intermédias e das chefias superiores é decisivo, quando não há, as coisas são muito mais difíceis. (...) É decisivo quer moldar comportamentos, quer divulgar procedimentos, quer valorizar. Porque se as pessoas têm chefes, tentam agradar aos chefes, pela natureza</p>	C_ProGerPsi

		<p>colaboradores tendem a desconsiderar os sinais de alerta. Considera-se fundamental investir nesta área, através da sua divulgação e da demonstração da sua pertinência.</p> <p>A solução poderá passar por uma alteração legislativa que torne obrigatório a integração de profissionais de saúde mental nos serviços de Medicina no Trabalho. Em relação ao risco elevado de insegurança nos médicos, que foi identificado na ULSBA, os fatores corretivos passam pela gestão dos recursos humanos através da alteração de vínculos, ou da tranquilização dos profissionais relativamente à sua permanência na instituição.</p>	<p>humana. Se o chefe não valoriza nada, a pessoa vai investir nas outras coisas que acha que vão ser benéficas.”</p> <p>“Nós estamos agora a trabalhar para fazer um manual de psiquiatria do trabalho, depois temos lá um capítulo das direções futuras e do enquadramento legislativo.”</p> <p>“mesmo a nível internacional a pessoa que está no terreno nota estas dificuldades todas em todo lado. É os profissionais que não pedem ajuda, é os chefes que bloqueiam, é a falta de interesse em avaliar isto e, portanto, e acho que não se sai sem haver uma obrigação. Já está legislado, faz parte dos serviços dos Medicina do Trabalho avaliar, a gestão do risco, a segurança no trabalho.”</p> <p>“acho que não se vai conseguir escapar de haver uma alteração legislativa (...) Nós temos que por profissionais de saúde mental nos serviços de Medicina no Trabalho.”</p> <p>“nós tivemos um risco de insegurança nos médicos elevado.” “Os fatores corretivos é mais a nível da gestão dos recursos humanos ou alterando vínculos, ou falando com as pessoas e tranquilizando-as que não iriam ser despedidas. Neste caso, não havia muitas medidas que pudessem ser tomadas a nível organizacional, eram a nível dos recursos humanos.”</p>	
		<p>A gestão dos riscos psicossociais é uma questão de extrema importância.</p> <p>A gestão intermédia demonstra preocupação em desenvolver intervenções para a gestão dos riscos psicossociais, o que pode ser proporcionado pela sua proximidade com os profissionais da equipa. Para a gestão de topo a</p>	<p>“Eu acho que esta questão da gestão, da importância da gestão dos riscos psicossociais, obviamente que é uma situação de extrema importância (...) Acho que ao nível da gestão intermédia há uma preocupação com as pessoas nesse sentido e, com a importância de se realizarem intervenções para a gestão destes riscos psicossociais, mas (...) ao nível da gestão de topo a preocupação não é tão grande, é mais ao nível daqueles que trabalham diretamente com as pessoas,</p>	E_Gestor

		preocupação, poderá por vezes, não ser tão evidente.	mas isso para mim (...) se houver essa preocupação já é importante.”	
		Apesar de cada vez mais se valorizar o bem-estar do trabalhador, ainda existe uma dificuldade na função pública e dos serviços de saúde em acompanharem esta realidade.	“penso que cada vez está dando mais importância, penso que há nichos empresariais que valorizam muito o bem-estar do trabalhador. (...) A realidade na função pública, a realidade nos serviços de saúde, penso que ainda têm muito para caminhar. Parece um contrassenso porque estamos a falar dos serviços de saúde, mas é o que eu sinto.”	E_USP
	Vantagens e Benefícios da Gestão dos Riscos Psicossociais	Os profissionais de saúde apresentam perfis mais preocupantes em termos de riscos psicossociais, sendo fundamental o desenvolvimento de intervenções ou programas dirigidos para a realidade das unidades de saúde. As doenças mentais provocam um absentismo mais elevado que algumas doenças crónicas e Portugal é dos países com maior prevalência de doenças mentais. A sua prevenção é a forma de reduzir o absentismo e obter ganhos em produtividade.	“as instituições de saúde, principalmente os trabalhadores que prestam cuidados de saúde têm dos perfis piores (...) e justifica-se que hajam intervenções ou programas dirigidos especificamente, porque são áreas em que se assiste a muitos problemas.” “A nível das doenças mentais, isto são estudos dos Estados Unidos, os dias de produção perdidos por doença mental, principalmente a depressão major é maior do que a doença cardíaca, a diabetes e hipertensão arterial. O maior preditor de a pessoa estar de baixa e não voltar ao trabalho é a ter sintomas depressivos. Doenças mentais têm maior absentismo que as outras doenças. Há uma grande prevalência de doenças mentais, Portugal é dos que tem maior. Ao longo da vida quase metade da população vai ter. Num ano 22,9% da população tem uma doença mental. Portanto, isto são tudo dados que nos apontam para que vale a pena prevenir porque (...) se conseguirmos reduzir o absentismo os ganhos em produtividade são bastante grandes. (...) Mas eu só estou a falar do absentismo, não estou a falar do presentismo, da melhoria da produtividade. Da pessoa estar a trabalhar com sintomas residuais, não consegue acompanhar os outros, não conseguem produzir.”	C_ProGerPsi

		<p>A gestão dos riscos psicossociais permite obter ganhos relevantes. O bem-estar do profissional contribui positivamente para a instituição, fomentando um ambiente mais positivo e favorável dentro das equipas, diminuindo os conflitos, prevenindo o erro clínico, aumentando a produtividade, promovendo, a qualidade dos cuidados prestados e da relação estabelecida com os utentes.</p> <p>Uma pessoa com bem-estar psicossocial é muito mais produtiva, logo aumenta a produtividade da equipa, contribuindo para a produtividade da unidade funcional, para a produtividade do ACES, e no nosso caso, da ULSBA.</p> <p>Um profissional que aparente bem-estar, que esteja bem com ele, transmite uma imagem boa dele, enquanto profissional, repercutindo-se positivamente na conotação social da profissão.</p>	<p>“Eu acho que podemos ganhar muita coisa. Se uma pessoa estiver bem, se tiver um nível do bem-estar razoável ou ótimo (...) contribui positivamente para muita coisa qualquer que seja a sua área de prestação. Em primeiro lugar contribui logo e muito para o bem-estar e um ambiente mais positivo e favorável dentro das equipas (...) contribui para que haja menos conflitos (...) isso depois reflete-se também na prestação de cuidados, (...) na relação que é possível estabelecer com os utentes”</p> <p>“se pessoa está bem psicologicamente também acho que erra menos. Quando a pessoa não está bem é mais propícia ou cria ambientes mais propícios para a ocorrência de erros, erros da prática. Erros clínicos que não deveriam existir.”</p> <p>“Uma pessoa com um bem-estar psicossocial é muito mais produtiva, portanto, aumenta a produtividade da equipa, logo contribui para a produtividade da unidade funcional (...) para a produtividade do ACES e no nosso caso da ULSBA.”</p> <p>“pode também ter algum impacto até na conotação social, relativamente à profissão, no caso dos enfermeiros. Um profissional que aparente bem-estar, que esteja bem com ele, transmite uma imagem boa dele enquanto profissional, se for uma pessoa que não esteja bem psicologicamente, biopsicossocialmente também contribui para uma imagem pior dela enquanto profissional. Portanto acho que o bem-estar é fundamental.”</p>	E_Gestor
		<p>Para cuidar dos outros, o profissional, também ele, precisa de estar bem. E, estar bem passa por minimizar os riscos psicossociais.</p>	<p>“para tu cuidares dos outros, tens que estar bem. (...) Se houver um investimento no bem-estar do trabalhador e, quando digo o bem-estar do trabalhador é bem-estar físico, psicológico e familiar porque eu ressalvo sempre isto. Porque há aqui um binómio família-trabalho. (...) quanto mais focado estás</p>	E_USP

		<p>O investimento no bem-estar físico, psicológico e familiar do trabalhador é fundamental. É importante que haja um equilíbrio no binômio família-trabalho, permitindo que o profissional esteja focado, com consequentes benefícios a nível da produtividade.</p> <p>Apesar de ainda existir um longo caminho a percorrer, a qualidade dos cuidados pode ficar altamente beneficiada com o investimento na gestão dos riscos psicossociais.</p>	<p>naquilo que estás naquilo que estás a fazer, logicamente que a tua produtividade é maior. Isto em termos de produtividade, quando avaliamos a qualidade, isto toma uma dimensão ainda maior, por exemplo da nossa profissão de enfermagem, um dos pilares é saber ouvir como é que tu consegues saber ouvir se tu estás olhando para aquela pessoa, fingindo que está nos ouvindo porque está pensando no teu filho está doente em casa (...) há pouco campo de manobra em determinadas situações, mas o bem-estar do trabalhador, penso que tem ainda um caminho um muito grande para se fazer. (...) a qualidade, principalmente a qualidade na prestação de cuidados de saúde fica altamente beneficiada e esse é o nosso foco: a qualidade dos cuidados com os nossos utentes ou comunidades, quando nós estamos bem e estar bem passa por minimizar aquilo que são os riscos.”</p>	
<p>Ações e Medidas de Apoio ao nível da Gestão dos Riscos Psicossociais</p>	<p>Ações Existentes</p>	<p>Tem-se assistido à emergência de cada vez mais ações e medidas de apoio ao nível da gestão dos riscos psicossociais. Recentemente foram publicadas as Guidelines da OMS Europa para a Saúde Mental no Trabalho. O documento tece uma série de recomendações ao nível organizacional para a gestão, para os trabalhadores e para as intervenções individuais. Organizações internacionais, como a Organização Mundial do Trabalho, a National Mental Health Commission and Mental Health Workplace Alliance na Austrália e outras instituições</p>	<p>“Eu acho que cada vez há mais coisas.”</p> <p>“Uma coisa saiu mesmo agora que são as Guidelines da OMS Europa para a Saúde Mental no Trabalho. (...) têm uma série de recomendações a nível organizacional para a gestão, para os trabalhadores, para as intervenções individuais, regresso ao trabalho depois de estar de baixa, (...) emprego protegido em doenças graves”</p> <p>“Depois tem algumas organizações internacionais, a Organização Mundial do Trabalho, algumas instituições específicas (...) mas em geral a maior parte recomenda coisas parecidas. Por exemplo, isto é, da National Mental Health Commission and Mental Health Workplace Alliance na Austrália. Portanto, dividem isto em seis intervenções, uma é, gerir melhor o trabalho, reduzir os fatores de risco, aumentar os fatores de proteção, outra promover os fatores de proteção ao nível da equipa e organizacional para</p>	<p>C_ProGerPsi</p>

		<p>específicas têm trabalhado esta temática. Verifica-se que em geral, as recomendações são semelhantes.</p> <p>Existe uma abordagem europeia que preconiza que se atue, a nível do local de trabalho, alterando as condições necessárias para promover o bem-estar do trabalhador. Existe uma outra abordagem, a asiática, na qual as condições de trabalho são imutáveis, pelo que as intervenções pretendem promover o aumento da resiliência. Essas duas abordagens não são mutuamente exclusivas, pelo que devem ser aplicadas em complementaridade. Aumentar a resiliência pessoal, promover e facilitar a procura antecipada de ajuda.</p> <p>Existem campanhas e grupos de estudo que se dedicam a esta temática.</p> <p>O COPSQ é um instrumento já com uma série de anos mas no qual se tem investido, tendo sido criada recentemente a versão número III. Os países nórdicos têm investido nesta área, através da criação de programas específicos que promovem ambientes de trabalho saudáveis, a regulação das horas de</p>	<p>maximizar a resiliência. No fundo, há uma abordagem que é mais europeia e é atuar ao nível do local de trabalho. Há problemas nas relações interpessoais, vamos ver o que podemos fazer para melhorar aqui as relações entre as pessoas (...), melhorar a remuneração (...), horário mais flexível, ou seja, uma abordagem no local de trabalho. Depois há uma abordagem mais asiática, que é que as condições de trabalho são imutáveis (...) portanto promove-se o aumento da resiliência. Tentar ver se as pessoas conseguem aguentar mais tempo sem ficar mais doentes depois de terem tido um episódio, ou se conseguimos dar-lhes algumas ferramentas para demorem mais tempo a adoecer. Essas duas abordagens não são mutuamente exclusivas, pelo contrário. Eles dizem que se deve fazer as duas coisas. Aumentar a resiliência pessoal, promover e facilitar a procura antecipada de ajuda. Daquilo que estávamos a falar dos profissionais de saúde serem muito renitentes a procurar ajuda e, portanto, tudo o que conseguirmos fazer para que eles peçam ajuda e peçam ajuda mais cedo, ajuda.”</p> <p>“há campanhas (...), uma série de grupos de estudo, há muita coisa a ser estudada.”</p> <p>“O COPSQ é um instrumento já com uma série de anos, que saiu agora a versão número III. Os nórdicos estudam muito isto, e têm programas específicos (...) as coisas são geralmente integradas. A promoção de ambientes de trabalho saudáveis, as horas de trabalho regulados, conciliação do trabalho com a família.”</p> <p>“Por cá, há uma série de iniciativas desgarradas, sem contato umas com as outras, em que se vai fazendo alguma coisa... Houve um encontro no ISPA (...) em que houve uma série de iniciativas que foram mostradas (...)”</p>	
--	--	--	--	--

		<p>trabalho e a conciliação do trabalho com a família. Em Portugal, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental tem um papel importante na área. Existem ainda uma série de iniciativas individuais de instituições, sem ligação entre si.</p>	<p>“Há uma série de instituições que vão fazendo coisas individualmente e vão mostrando o que fazem. Depois há a Coordenação Nacional para a Saúde Mental, que antes era o Programa Nacional para a Saúde Mental”</p>	
			<p>“não tenho conhecimento (...) o que não quer dizer que não existam.”</p>	E_Gestor
		<p>Existem medidas e ações que podem ser importantes para as instituições, como a existência de planos de comunicação interna claros, flexíveis e eficazes. A realização de uma boa integração dentro da instituição. O profissional conhecer o seu papel na instituição é fundamental. O alinhamento do plano de formação com as necessidades dos profissionais e o reconhecimento por parte das hierarquias. O investimento nestas áreas permite que o profissional se foque no seu trabalho e nas suas responsabilidades técnicas.</p>	<p>“(…) na nossa instituição não sei é qual quais são as ações qual é o nível de investimento, sinceramente não sei...posso enumerar (...) algumas que parecem importantes, por exemplo os planos de comunicação claros e flexíveis entre nós. Nós quando falamos, por exemplo, de integração, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares, a comunicação interna é fundamental (...) Por outro lado, teres uma comunicação hierárquica bem definida perceberes o qual é o teu papel, o que é que esperam de ti naquela instituição é fundamental. Isto passa por uma comunicação sempre, não só pelo conteúdo da comunicação, mas por existir comunicação.” “O reforço da formação direcionada para aquilo que tu queres. Eu sei que a nossa instituição e, muitas delas, anualmente fazem um plano de formação interno e os serviços nos pedem, que nós, naquela altura, coloquemos lá aquelas formações que nós achamos que nos vêm trazer mais valor. A verdade é que muitas vezes esses planos não as refletem.” “O reconhecimento das hierarquias, (...) o conhecimento de dizer “os meus profissionais são os melhores” e não dizerem que eu sou número mecanográfico XXX, mas o enfermeiro que já passou por aqui, que fez isto que fez aquilo. Há que ter algum</p>	E_USP

			respeito por aquilo que nós fazemos durante uma vida profissional e principalmente para aqueles que entram fazer uma boa integração, perceber onde é que estão a trabalhar (...). Estas coisas que nos parecem simples facilitam a tua integração e libertam-te para tu te focares mais uma vez na que que é da tua responsabilidade técnica, que é cuidar bem das pessoas.”	
Medidas de Prevenção dos Riscos Psicossociais Implementadas na ULSBA	A ULSBA desenvolveu o “Programa de Gestão Integrada de Riscos Psicossociais nos Profissionais” que engloba intervenções ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Inicialmente o C_ProGerPsi criou o “Grupo de Promoção de Saúde Mental” que consistia em sessões periódicas abertas aos profissionais da instituição. A adesão não foi significativa pelo que a atividade foi suspensa. Posteriormente, foram realizados estudos de avaliação do risco para identificar a existência de alguma eventual área particularmente sensível. Foi identificado o risco de insegurança dos médicos, pelo que a intervenção possível foi a sensibilização da administração para a problemática. A temática dos riscos psicossociais foi integrada no plano de formação interna no Curso de Segurança e Saúde no Trabalho.	“Programa de Gestão Integrado (...) fazemos intervenções a nível da prevenção primária, secundária e terciária. Aqui antes das pessoas estarem doentes (primária), quando estão doentes (secundária) e aqui a nível da recuperação da doença (terciária).” “eu comecei por fazer (...) o Grupo de Promoção de Saúde Mental, que era no fundo, uma sessão aberta, para quem quisesse aparecer. Ia-se repetindo todas as semanas ou de duas em duas semanas. No final, já era de mês a mês, porque o problema é que ia sempre pouquíssima gente. Pusemos isto em <i>standby</i> , fomos fazendo estes estudos de avaliação do risco para perceber se havia alguma área particularmente sensível. Com as limitações que tivemos, só havia aquela (risco de insegurança dos médicos), não podemos intervir, só divulgar às chefias. Na apresentação às chefias e ao Conselho de Administração foi apresentado esse problema. Portanto, é o podemos fazer, não temos influência sobre a política de recursos humanos.” “Começamos a por os riscos psicossociais nos moldes de formação interna, naqueles cursos que os serviços de formação fazem, na altura foi dentro do Curso de Segurança e Saúde no Trabalho. (...) Depois demos um curso só sobre riscos psicossociais, que as pessoas também se podiam inscrever.”	C_ProGerPsi	

		<p>Posteriormente foi criado um curso apenas sobre riscos psicossociais. Foram implementadas intervenções dirigidas. O processo inicia-se após solicitação por parte das chefias do serviço, o que poderá justificar a existência de poucos pedidos. As intervenções eram implementadas pela psicóloga da equipa. Esta deslocava-se aos serviços, onde aplicava dois questionários aos trabalhadores, o COPSOQ e o Quality of Life. Após avaliação dos fatores de risco eram desenvolvidas intervenções dirigidas para os problemas identificados. A avaliação da intervenção era realizada através de uma nova aplicação dos questionários iniciais. O principal objetivo das intervenções dirigidas era melhorar a resiliência e as condições de trabalho. Idealmente estas intervenções deveriam ser aplicadas à chefia do serviço e aos serviços, a montante e a jusante, por ser comum os problemas dos serviços estarem interligados. Esta interações entre as chefias é, frequentemente complicada, o que bloqueia o processo. O trabalho desenvolvido podia ser ainda mais profícuo se se</p>	<p>“ Fizemos o que chamamos as intervenções dirigidas. (...) irmos sempre a pedido das chefias, porque não vamos lá pôr ninguém em cheque, nem queremos. E, portanto, queremos que isto seja sempre feito a pedido das chefias. Porque também se formos lá e a chefia boicotar, não acontece, portanto, não vale a pena. E, por essa razão também temos pouco pedidos. Quem faz isso é a psicóloga. Vai aos serviços, passa dois questionários aos trabalhadores, o COPSOQ e o Quality of Life. Quality of Life é uma escala da Organização Mundial de Saúde, que mede a qualidade de vida, para nos dar no fundo, uma medida diferente.”</p> <p>“ Como disse (...), no COPSOQ há medidas de exposição e há variáveis de efeito. As de exposição são os fatores de risco psicossociais, e as de efeito o <i>stress</i> e problemas específicos. Temos que ter uma medida de efeito para avaliar a nossa intervenção. Se antes ou depois, por exemplo, a qualidade de vida melhorou. Podíamos avaliar outras coisas, por exemplo, a produtividade, mas não temos acesso. (...) Vemos qual é o risco, se o risco são conflitos interpessoais nos trabalhadores, ela organiza uma intervenção dirigida especificamente aos fatores de risco piores ou ao que estiver em risco. Depois combina-se, mas isto é sempre muito difícil do ponto de vista logístico. Depois combina-se com a chefia e os trabalhadores, geralmente são enfermeiros ou auxiliares, têm turnos... portanto divide-se, uns vão umas horas, outros vão outras (...) Faz as intervenções e no final passa outra vez o COPSOQ e o Quality of Life.”</p> <p>“ E, idealmente era fazer com a chefia do serviço e os serviços a montante e a jusante. Porque às vezes os problemas de um serviço dependem de outro. (...) No fundo é melhorar a resiliência e melhorar as condições de trabalho. Depois queria-se que estivesse presente,</p>	
--	--	---	---	--

	<p>verificasse um apoio mais efetivo por parte da gestão. Todo este trabalho é desenvolvido com os recursos humanos e materiais já existentes na instituição.</p>	<p>também, alguém da gestão superior, nunca está... Os chefes a montante e a jusante são complicados. (...) Isto esbarra sempre com <i>office politics</i>, coisas extra saúde, e mais uma vez o papel das chefias intermédias, que bloqueiam (...) Nós tentamos fazer todas as recomendações e agir em todos os níveis e fazemos isso com a prata da casa, não gastamos mais dinheiro, é só reorganizar os horários e as pessoas que gostam disto terem (...) uma redução mínima de funções para poderem fazer isto. Portanto, não gastamos mais dinheiro às instituições, as instalações são as que já existem. (...) mais uma vez, o papel da gestão é fundamental. Nós fazemos isto tudo apesar de não termos apoio. Imagine o que nós faríamos se tivéssemos apoio.”</p>	
	<p>Localmente em algumas unidades do ACES foram iniciadas algumas atividades com carácter pontual. Por não serem atividades com carácter contínuo, a sua eficácia ou eficiência, não era significativa.</p>	<p>“Localmente em algumas unidades do ACES, sei que foram iniciados, não tenho conhecimento de muitos, mas sei que pelo menos um existe. (...) partiu de um problema que foi identificado no Centro de Saúde de Beja, no âmbito de um Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária. Foi identificado por uma colega e que desenvolveu esse trabalho. Ela mesmo depois do trabalho académico continuou motivada para aplicar as intervenções que definiu para esse projeto de promoção do bem-estar. Sei que se organizou caminhadas, sessões de relaxamento, criou um grupo no <i>whatsapp</i> (...), onde iam combinando as atividades. São atividades de forma pontual, (...) também não se consegue fazer mais. Mas que depois em termos de eficácia ou eficiência, também não é muita, porque isto não é continuado no tempo.”</p>	E_Gestor
	<p>Considera-se que existem pessoas preocupadas com esta temática.</p>	<p>“Não consigo mesmo dizer, está ligada com a outra. Acredito que haja pessoas preocupadas com isso, mas eu não conheço.”</p>	E_USP

	Avaliação das Medidas Protetoras dos Trabalhadores Previstas pelo Código do Trabalho	A entidade empregadora e os serviços de saúde ocupacional têm o dever de fazer a avaliação dos fatores de risco psicossociais e tomar medidas corretivas.	“é obrigação da entidade empregadora e dos serviços de saúde ocupacional fazerem essas medições (dos fatores de risco psicossociais) e tomar medidas corretivas”	C_ProGerPsi
		Existe uma preocupação por parte das entidades patronais em instituir medidas com base nas diretrizes emanadas, através da criação de grupos de trabalho ou nomeação de responsáveis pela sua implementação. No entanto, estes esforços poderão não ser suficientes. Os próprios gestores estão sujeitos a graus elevadíssimos de <i>stress</i> e de pressão, que, de uma forma inconsciente, acabam por ser condicionados a direcionar a sua atenção para outras áreas em detrimento dos fatores de risco psicossociais. Na realidade, também eles poderiam beneficiar da implementação de intervenções nesta área.	“As entidades patronais até tentam instituir as regras que são emanadas, tentam... Elas existem, até criam ou grupos de trabalho ou nomeiam pessoas para isso. Só que eles próprios também estão tão sujeitos a pressão, a situações de <i>stress</i> que tu nem podes imaginar e que eu imaginava que poderiam existir, mas não imaginava a dimensão e o impacto que essas situações têm em nós. (...) Ao ponto que as pessoas vivem num limiar de <i>stress</i> tão grande que no dia a dia nem se lembram dessas coisas, não é por mal. Não estou a desculpar mas a minha percepção é essa. As pessoas preocupam-se, é verdade, e elas próprias vivem sob riscos psicossociais enormes, enormes e acho que às vezes até se esquecem desse compromisso e que até podem elas próprias usufruir dessas intervenções que possam existir ou deveriam de existir também para as aliviar.”	E_Gestor
		Portugal tem uma base legislativa robusta e muito bem instituída. O problema encontra-se na implementação, regulação e verificação destas medidas, que é ainda muito insuficiente.	“Penso que em Portugal, relativamente numa base legislativa, tem uma base legislativa robusta e muito bem instituída. (...) o problema é a implementação e regulação dessas situações. (...) eu concordo com muitas coisas do Código Trabalho, a aplicabilidade e a verificação para mim é muito insuficiente.”	E_USP
	Tipos de Apoio Disponibilizados aos Profissionais	As medidas instituídas para a gestão dos fatores de risco psicossociais devem promover a recuperação dos trabalhadores	“Programa de Gestão Integrado (...) fazemos intervenções a nível da prevenção primária, secundária e terciária. Aqui antes das pessoas estarem doentes (primária), quando estão doentes (secundária)	C_ProGerPsi

		<p>com doenças mentais, aumentar a consciencialização e reduzir o estigma.</p> <p>Através da parceria entre o Serviço de Psiquiatria e o Serviço de Medicina do Trabalho Foi desenvolvido o Programa de Gestão Integrado com intervenções ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Foram desenvolvidas estratégias para proteger a confidencialidade, pelo que as consultas e intervenções são realizadas no serviço de Medicina do Trabalho e os registos são realizados numa plataforma com acesso limitado aos profissionais envolvidos no processo.</p> <p>Os critérios para ser integrado neste programa são: ser funcionário da ULSBA e solicitar ajuda no âmbito da saúde mental. Atualmente estão a desenvolver-se estratégias para ampliar as estratégias de referenciação, permitindo que esta possa ser realizada por colegas de equipa ou pela equipa da Consulta de Medicina do Trabalho.</p> <p>A avaliação inicial é realizada pela equipa de enfermagem da Medicina do Trabalho. Posteriormente é realizado um encaminhamento para</p>	<p>e aqui a nível da recuperação da doença (terciária). Portanto, é uma cooperação entre o Serviço de Psiquiatria e o Serviço de Medicina do Trabalho. As consultas são no serviço de Medicina do Trabalho (...) porque toda a gente tem que ir à Medicina do Trabalho. E, os registos são diferentes dos que existem no S.Clinico (...) Portanto, é uma maneira de promover a diminuição do estigma e facilitar a procura de ajuda. A única coisa que é preciso, é chegar lá e pedir ajuda. A pessoa é observada na altura pelas enfermeiras da Medicina do Trabalho, que estão lá todos os dias. São passados questionários para avaliar a presença de sintomas, com scores. Consoante os scores, a pessoa ou é encaminhada para a Consulta de Psiquiatria, que sou eu que faço. Ou, se forem, coisas reativas, um acontecimento de vida, conflitos com as chefias ou um colega em particular, ou uma doença de um familiar, ou problemas económicos, são encaminhadas para uma consulta com as enfermeiras especialistas em saúde mental. Também fazem as consultas lá.”</p> <p>“São intervenções breves de quatro semanas e, muitas vezes as pessoas ficam bem. Precisam de um apoio psicossocial para terapia de suporte, para aguentarem aquele período e, depois ficam bem. (...) E está-se a tentar, que quando há episódios de violência no local de trabalho, também sejam encaminhados para esta intervenção de enfermagem. Ou, por exemplo, quando as pessoas vão à consulta de Medicina do Trabalho, também sejam referenciadas, entre colegas, para a consulta de Psiquiatria no Trabalho.”</p> <p>“Depois se as pessoas precisam de psicoterapia, coadjuvante à medicação, a psicoterapia do trabalho também é feita lá, pelas mesmas razões.”</p>	
--	--	---	---	--

		<p>intervenções direcionado ao problema identificado, seja para a consulta de médica de Psiquiatria, a consulta de enfermagem de saúde mental ou a psicoterapia.</p> <p>O período de intervenção, regra geral, termina com sucesso ao final de um período de quatro semanas. Foi desenvolvido um programa denominado Vita-Q direcionado para profissionais com níveis elevados de absentismo. A intervenção consistia na aplicação de técnicas de relaxamento, de gestão das relações interpessoais, de gestão do tempo, exercício físico e alimentação saudável, mantendo periodicidade de duas vezes por semana, durante três meses.</p> <p>Após a aplicação do programa verificou-se uma redução do absentismo em média em 0,73 dias por pessoa, por cada mês de trabalho, o que representou um ganho económico de 31 euros por pessoa, por cada mês.</p> <p>Através de medidas de gestão, de reorganização dos serviços, foi possível estruturar um programa, sem custos adicionais, com ganhos financeiros e com resultados positivos. Para além, de dar visibilidade a nível nacional e mesmo internacional à ULSBA,</p>	<p>“Nos trabalhadores com doença em recuperação, fizemos um programa chamado Vita-Q com dois grupos. O primeiro (...) eram grupos de apoio psicossocial dirigidos a pessoas com níveis elevados de absentismo. (...) Ou seja, eles fizeram três meses, duas horas por semana, um programa de workshops (...) relaxamento, gestão das relações interpessoais, gestão do tempo, exercício físico, alimentação (...). Isso foi feito em grupo e depois avaliamos o absentismo deles depois de terem feito o programa (...). Houve uma redução do absentismo em média em 0,73 dias por pessoa por cada mês de trabalho. Usando os valores do absentismo antes e depois, e (...) os salários médios das pessoas que vieram ao programa, houve um ganho económico de 31 euros por pessoa por cada mês.”</p> <p>“Apoiar a recuperação dos trabalhadores com doenças mentais, aumentar a consciencialização e reduzir o estigma.”</p> <p>“E, com medidas de gestão de organização dos serviços, conseguimos estruturar um programa que não gasta mais dinheiro, poupa dinheiro e tem resultados. E dá azos a que a ULSBA seja conhecida, quer a nível dos prémios nacionais, quer lá fora, em apresentações, livros publicados.”</p>	
--	--	--	--	--

		através de prêmios, publicações e intervenções em congressos.		
		<p>Na ULSBA existe o projeto ProGerPsi que foi criado e é dinamizado pelo Departamento de Saúde Mental, em articulação com a Medicina do Trabalho e tem como principal objetivo promover a saúde mental dos profissionais. Existe a possibilidade de os gestores referenciar os profissionais da sua equipa para uma Consulta de Medicina no Trabalho, no entanto, a referência para a Consulta de Psiquiatria no Trabalho só se poderá realizar mediante autorização por parte do profissional.</p> <p>Esta iniciativa poderá não ser suficiente para uma instituição da dimensão da ULSBA. Poder-se-á colocar, também, a questão de os profissionais desconhecerem a existência e abrangência destes projetos.</p>	<p>“na instituição já antes da pandemia existia um projeto, não sei se piloto ou não, para onde eram sinalizadas algumas pessoas que estavam identificadas como possivelmente afetadas por riscos psicossociais no local de trabalho (...) só que numa organização com a dimensão da nossa, não sei se a iniciativa que existe é suficiente para dar essa resposta, não sei se as pessoas têm conhecimento da existência desses projetos, dessas intervenções de gestão de riscos psicossociais e se não há mais utentes nesses projetos porque não sabem ou por que não são referenciados.”</p> <p>“O que tenho conhecimento é de um projeto que é o ProGerPsi que foi criado e é dinamizado pelo Departamento de Saúde Mental, em articulação com a Medicina do Trabalho (...) está relacionado com a promoção da saúde mental dos profissionais.”</p> <p>“qualquer gestor que identifique a necessidade de apoio aos seus subordinados pode requerer apoio ao Serviços de Medicina do Trabalho, pode pedir a marcação de uma consulta para a pessoa ser avaliada. No entanto, se for da parte da psiquiatria, a pessoa só vai se quiser.”</p>	E_Gestor
		Existem projetos que se preocupam com esta problemática, mas cujo impacto se desconhece.	“(…) sei que há alguns projetos não sei se são académicos ou de implementação direta que se preocupam com estas situações. O reflexo, o impacto não sei dizer.”	E_USP
	Estudos realizados na ULSBA e a sua Aplicabilidade na	Em 2017 foi realizado um estudo sobre “Riscos Psicossociais em Trabalhadores de Uma Unidade Local de Saúde no Alentejo”. No âmbito deste estudo foi aplicado o	“Como você sabe fizemos o tal estudo (“Riscos Psicossociais em Trabalhadores de Uma Unidade Local de Saúde no Alentejo”). Esse artigo é de 2018, mas foi realizado em 2017 em que nós conseguimos utilizar o COPSQ, este foi um estudo enviado por e-	C_ProGerPsi

Implementação de Medidas	<p>COPSOQ aos profissionais da ULSBA.</p> <p>Posteriormente, durante a pandemia, foi realizado um outro estudo sobre os riscos psicossociais nos trabalhadores que estavam a trabalhar com utentes infetados com Covid-19.</p> <p>A equipa de investigação recebeu um prémio nacional, “Investir em Saúde”, em reconhecimento do apoio na recuperação da pandemia.</p> <p>Colaborou com um capítulo, num livro chamado “Integrating the Organization os Health Services, Worker Wellbeing and Quality of Care” da Springer, onde é referenciado como exemplo de boas práticas.</p>	<p>mail. Foi enviado para as caixas de e-mail dos trabalhadores. Estes estudos assim geralmente têm, a nível internacional, taxas de resposta baixas, à volta dos 10%, o nosso teve 8% ou 9%. Mas, tem a ver com o método que é utilizado, portanto se os questionários forem aplicados de forma presencial a taxa de resposta é mais alta, portanto a fiabilidade dos resultados também. Como eram muitos trabalhadores, tivemos 10% de respostas, ainda eram alguns. À partida dá para fazer associações estatisticamente significativas. Portanto, nessa altura os resultados não foram muito maus.”</p> <p>“o estudo feito nos trabalhadores que estavam a trabalhar com utentes Covid durante a pandemia.”</p> <p>“Nós recebemos um prémio “Investir em Saúde”, um prémio nacional, patrocinado por uma série de instituições, o Jornal de Negócios, pelo apoio na recuperação da pandemia.”</p> <p>“Isto foi um manual da Springer, uma das maiores editoras de livros médicos. Nós contribuímos com um capítulo, num livro chamado Integrating the Organization os Health Services, Worker Wellbeing and Quality of Care. (...) Nós parecemos como boas práticas.”</p>	
	<p>É bastante provável que o Serviço de Medicina do Trabalho ou o Departamento de Saúde Mental tenha desenvolvimento o Programa ProGerPsi tendo por base necessidades previamente identificadas.</p>	<p>“Eu penso que não será um trabalho pioneiro e penso que o departamento de saúde mental trabalhou esta área, mas não te sei dizer. Eu acho que ou o Serviço de Medicina do Trabalho ou o Departamento de Saúde Mental serão os serviços que podem mais contribuir para dizer elucidar em relação esta questão. (...) porque se eles desenvolveram este projeto é porque, na base, têm necessidades identificadas (...).”</p>	E_Gestor
	<p>Desconhece a existência de estudos neste âmbito.</p>	<p>“Não sei...”</p>	E_USP

<p>Desafios e Projetos Futuros ao nível Gestão dos Riscos Psicossociais</p>	<p>Principais Desafios Futuros</p>	<p>A área dos riscos psicossociais precisa ser mais trabalhada e estudada.</p> <p>O estigma associado à doença mental é, paradoxalmente, mais evidente dentro das instituições de saúde. Verifica-se que os profissionais de saúde são muito renitentes a pedir ajuda e têm dificuldade em reconhecer os problemas.</p> <p>Pretende-se intervir junto dos Cuidados de Saúde Primários para divulgar as iniciativas existentes no âmbito da gestão dos riscos psicossociais.</p> <p>A equipa do Departamento de Saúde Mental pretende desenvolver estratégias cada vez mais dirigidas para cada problema específico.</p> <p>Um dos desafios é demonstrar que a promoção da saúde mental é um investimento e não um custo. É necessário motivar os profissionais, por exemplo os psiquiatras, a interessar-se pela prevenção dos riscos psicossociais.</p> <p>É necessário tomar-se diligências que pressionem a alterações legislativas que tornem obrigatória a integração de profissionais de saúde mental nas equipas de</p>	<p>“É uma área que precisa de ser mais estudada, mais trabalhada.”</p> <p>“os profissionais de saúde são muito renitentes a pedir ajuda (...) há dificuldade em as próprias pessoas reconhecerem os problemas.”</p> <p>“o estigma (da doença mental) é pior dentro das instituições de saúde, paradoxalmente.”</p> <p>“A nível da ULSBA, como eu estava a dizer, nós gostávamos de ir aos Centros de Saúde (...) eu acho que a nossa mensagem não está a passar”</p> <p>“temos que ter uma análise cada vez mais fina, não é o mesmo para todos, as coisas têm que ser dirigidas. E, portanto, é isso que cada vez mais os estudos apontam, é que há perfis e subperfis diferentes e que beneficiam de estratégias diferentes. E que não pode ser <i>“one size fits all”</i>, temos que ter intervenções dirigidas ao problema em si.”</p> <p>“Desafios é, ver-se esta área como um investimento e não como um custo. Relacionado com isso, conseguir apresentar estudos que demonstrem que é um investimento (...) que tem resultados, principalmente a nível da prevenção.”</p> <p>“Pressão para alterações legislativas, para a obrigatoriedade dos profissionais de saúde mental integrarem as equipas de Medicina no Trabalho ou de Saúde Ocupacional.”</p> <p>“E o último desafio acho que é o interesse, não se encontram por exemplo psiquiatras, muito poucos têm interesse por isto.”</p>	<p>C_ProGerPsi</p>
---	------------------------------------	--	---	--------------------

		Medicina no Trabalho ou de Saúde Ocupacional.		
		<p>Apesar dos riscos psicossociais sempre terem estado presentes nas instituições, o seu impacto parece ter vindo a acentuar-se, pelo que é fundamental investir nesta área.</p> <p>Verifica-se que os profissionais cada vez desenvolvem menos competências individuais para gerir os riscos psicossociais, pelo que a criação de uma estrutura de apoio, desenvolvimento de projetos ou de medidas de acompanhamento, são fundamentais, como formas de auxílio à prevenção do absentismo. É importante replicar-se projetos e intervenções, na instituição, cuja validade e eficácia está comprovada.</p>	<p>“Eu acho que esta área dos riscos psicossociais sempre esteve presente, mas, cada vez poderá ter um impacto maior nas organizações e é uma área necessita de investimento. Agora... não sei e, acho que cada vez menos as pessoas, individualmente, os colaboradores, os profissionais, cada vez tem menos competências individuais para gerir estes riscos e se não houver uma estrutura de apoio, se não houver um projeto ou uma medida de acompanhamento, vamos ter graves problemas porque vamos ter muitas pessoas ausentes por essa razão. Agora, de facto é um desafio. (...) já existem projetos e outras intervenções já (...) validadas, (...) por outros sítios e, que sendo positivas, seriam de replicar.”</p>	E_Gestor
		<p>As unidades de saúde, pela sua especificidade, constituem um desafio à gestão dos riscos psicossociais, merecendo uma atenção especial por parte dos órgãos de gestão.</p> <p>Os desafios não são do futuro, deviam ser de hoje.</p> <p>Os principais objetivos dos profissionais de saúde são a qualidade dos cuidados prestados e a produtividade, mas estes só podem ser atingidos se os profissionais estiverem focados no</p>	<p>“as situações das unidades de cuidados têm alguma especificidade. (...) viveiros destes problemas todos. (...) acho que merecia uma atenção específica, acho que mereciam um grupo de trabalho específico e uma atenção especial da gestão.”</p> <p>“Os desafios não são do futuro, os desafios deviam ser já de hoje (...) os desafios são de hoje. (...) As expectativas, a resposta, os desafios passa muito por aquilo que é a qualidade dos cuidados que prestamos e/ou produtividade, como tu queiras, ou as duas, porque o nosso objetivo é mesmo esse. (...) a qualidade dos cuidados que prestamos é, principalmente o nosso objetivo. É isto que nos deve focar, para isso temos que estar bem, para isso temos</p>	E_USP

		seu trabalho. A promoção do bem-estar do profissional é um desafio no qual se deve investir.	que estar focados naquilo (...) Se não tiveres bem não te consegues focar, a qualidade dos teus cuidados tem que ser pior (...).”	
	Projetos Previstos	<p>Existem muitas atividades idealizadas, que necessitam de profissionais para as dinamizar. Estudos realizados anteriormente na ULSBA traçaram um perfil geral para os técnicos superiores. De futuro, pretende-se dar continuidade aos estudos já realizados, e aprofundar o estudo dos riscos psicossociais, por forma a conseguir traçar o perfil individual de cada grupo profissional dentro dos técnicos superiores.</p> <p>Pretende-se replicar o ProGerPsi noutras instituições que possam vir a trabalhar em rede. Atualmente existe um programa semelhante a ser iniciado nas Caldas da Rainha. Pretende-se que a psicóloga da equipa ministre formação para a implementação de intervenções dirigidas, às enfermeiras de Saúde Ocupacional da ARS do Centro.</p> <p>Posteriormente, pretende-se estender estes projetos aos grupos privados de saúde e às empresas com capital que possam investir nos respetivos recursos humanos. A existência de massa crítica, permitiria influenciar potenciais</p>	<p>“nós não conseguimos ter respostas suficientes para dividir pelos outros técnicos. Foram todos agregados, os psicólogos, os assistentes sociais, os fisioterapeutas, os técnicos superiores de diagnósticos e terapêutica, porque não conseguimos ter respostas suficientes para discriminar um perfil individual. Tanto quanto sei, também não há assim muitos estudos. São precisos muitos estudos, muitos mais estudos em relação a isto.”</p> <p>“Agora há uma colega que estou a orientar que está a começar um programa assim nas Caldas da Rainha.”</p> <p>“estou a ver se vai (a psicóloga da equipa) dar formação para fazerem intervenções dirigidas, mas de uma forma mais simples, com as enfermeiras de Saúde Ocupacional, da ARS do Centro (...). A ideia é que cada vez hajam mais zonas que façam programas destes, e que possamos trabalhar em rede. (...) Acho que havia um salto de qualidade. Por exemplo, uma coisa que é importante, se eu precisar de internar uma pessoa da instituição, que pudesse interná-la noutra sítio, por exemplo em Évora. Já aconteceu, mas às vezes não se consegue. Tem que ficar internada aqui, não é o ideal. Se houvesse uma articulação em rede, neste momento, se calhar já se conseguia.”</p> <p>“E depois se houvesse massa crítica, começava a influenciar as tais alterações legislativas.”</p> <p>“Depois estender isto aos grupos privados de saúde e depois às empresas que têm capital para poderem investir nos recursos humanos. Há muita coisa a fazer, quem queira!!”</p>	C_ProGerPsi

		alterações legislativas em prol da gestão dos riscos psicossociais.		
		Desconhece-se projetos planeados.	“Eu não tenho conhecimento”	E_Gestor
		<p>Considera-se que recentemente tem-se verificado uma ligeira evolução nesta área, com a idealização de projetos, que devem ser valorizados. É importante que se criem grupos de trabalho multidisciplinares com o objetivo de desenvolverem intervenções nesta área.</p> <p>A intervenção na área dos riscos psicossociais deve ser percebida como um investimento e não como um custo.</p>	<p>“Penso que estamos agora a desabrochar um bocadinho, penso que os projetos que possam estar a ser pensados, devem ser, regados e acarinhados. Tudo o que venha neste sentido devem ser puxados para cima. Não deve ser nunca colocado nas costas de uma única pessoa, atenção a isso. E quando digo... isto está implícito que deve ser um grupo e um grupo o mais alargado possível, desde que seja funcional e que tenha os conhecimentos necessários para isto e que trabalhe como uma equipa, uma equipa a sério, não como grupo. Portanto, eu acho que, neste momento, por duas coisas, por aquilo que passámos, e por que aquilo que passámos nos ensinou, temos espaços enormes para melhorar, precisamos de investir, pensando nesta questão dos riscos psicossociais com outras, como um investimento e não como um custo.”</p>	E_USP

APÊNDICE 4

Documentos submetidos à Comissão de Ética da ULSBA.

APÊNDICE 4.1 Carta de submissão do estudo para a Comissão de Ética da ULSBA.

Exmos. Membros da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,

Patrícia Matilde Coelho Alves, aluna do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, sob orientação da Sra. Professora Doutora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada, venho requerer a vossa anuência para a efetivação de um Projeto de investigação intitulado: “Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde – O caso da UCSP de Mértola”.

A autora considera que o acesso a dados pessoais e de saúde é uma temática que deve ser tratada de forma criteriosa e responsável. Pretende-se que o presente estudo prime pelo cumprimento de todos os princípios éticos e legais considerados necessários, pelo que o parecer da Comissão de Ética da ULSBA é determinante para a realização da investigação.

Anexo o formulário para submissão de pedidos de apreciação à comissão de ética, bem como toda a documentação solicitada. Salienta a aluna que permanecerá disponível para todos os esclarecimentos considerados necessários.


Sem outro assunto, subescreve-se com os melhores cumprimentos,

Beja, 11 de abril de 2022.

(A aluna: Patrícia Matilde Coelho Alves)

(A orientadora: Doutora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada)

APÊNDICE 4.2 Formulário de submissão do estudo para a Comissão de Ética da ULSBA.

 ULSBA Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.0
--	--	-----------------

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”. Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde – O caso da UCSP de Mértola

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Patrícia Matilde Coelho Alves

Filiação Institucional: Enfermeira na UCSP de Mértola

Investigador responsável/orientador: Sra. Professora Doutora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada (Universidade do Algarve – Faculdade de Economia)

Justificação:

A crescente necessidade de tomar decisões fundamentadas em conhecimento científico, rigor e qualidade, tem impulsionado a realização de trabalhos de investigação na área da saúde e da gestão das unidades de saúde.

A produção de conhecimento científico permite desenvolver estratégias e ferramentas que auxiliam os processos de gestão de recursos, tornando a sua aplicação mais efetiva, no sentido da sua otimização, eficácia e eficiência.

A área da gestão de recursos humanos tem tido um papel de destaque na comunidade científica e tem evoluído no sentido da valorização do capital humano das organizações. Vários investigadores reconhecem o seu papel como crucial no desempenho das empresas, pelo que é fundamental investir nesta área. Neste contexto, salienta-se a importância de compreender e gerir de forma eficaz os riscos psicossociais nos locais de trabalho.

A presente dissertação, no âmbito do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, pretende contribuir para o crescimento do conhecimento científico neste domínio e dotar os gestores de informação relevante, de carácter científico, que fundamente a implementação de medidas de ação, com particular atenção para a gestão dos riscos psicossociais no contexto desta unidade de saúde.

A autora optou por desenvolver o estudo sobre esta temática na UCSP de Mértola, pelo facto de ser colaboradora na equipa multidisciplinar daquela instituição, o que lhe tem permitido observar de forma empírica, a existência de algumas fragilidades na equipa. Entende então que essas fragilidades poderão ser alvo de estudo. A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 e o conseqüente aumento da carga e ritmo de trabalho, evidenciou situações que poderão potenciar riscos psicossociais. Por este motivo a instituição poderá beneficiar com este estudo. Caso sejam identificadas situações problemáticas, a instituição poderá beneficiar ainda com apresentação de estratégias para resolução dos problemas identificados. Ao longo dos últimos dois anos, foi possível identificar situações de *stress*

elevado, às quais se associaram sintomas de depressão, ansiedade, insónias, entre outros. Estas situações poderão estar a promover faltas de motivação e de coesão entre os elementos da equipa multidisciplinar. Situações que afetam os processos de interação entre os elementos do grupo de trabalho e que poderão ter implicações na respetiva produtividade, pelo que se almeja contribuir de forma relevante para a instituição através da realização deste estudo.

A problemática dos riscos psicossociais a que os profissionais de saúde estão expostos reveste-se de relevância social e necessidade de estudo inquestionável. Esta tem sido alvo de preocupação por parte de entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS) que reconhece que o aumento da rentabilidade e do desempenho dos profissionais de saúde estão associados à gestão eficaz da saúde ocupacional e vai mais longe, enumera uma lista de benefícios de caráter económico, social, ambiental e de saúde que surgem em consequência do investimento numa correta gestão dos riscos laborais.

Encontra-se mencionado no Código do Trabalho português o dever das entidades patronais de instituírem medidas protetoras dos trabalhadores relativamente a riscos psicossociais, por forma a que estes riscos não comprometam a segurança e saúde do trabalhador (Decreto-lei n.º 102/2009, de 10 de dezembro).

Uma gestão eficiente dos riscos psicossociais tem impacto positivo no funcionamento das unidades de saúde, na produtividade, na qualidade dos cuidados prestados, na satisfação no local de trabalho e no absentismo, pelo que a autora destaca a importância da investigação nesta área da gestão.

Objetivos do Estudo:

O estudo em análise tem como objetivo geral avaliar os fatores de risco psicossociais que afetam os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Mértola. Neste âmbito foram definidos como objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o perfil psicossocial dos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar da UCSP de Mértola.
- 2) Identificar a incidência de riscos psicossociais específicos por categoria profissional.
- 3) Relacionar os riscos psicossociais com características sociodemográficas e socioprofissionais.
- 4) Definir propostas de intervenção para a gestão dos riscos psicossociais identificados.

Data prevista de início dos trabalhos: 18/07/2022

Data prevista de fim dos trabalhos: 09/09/2022

APÊNDICE 4.3 Deliberação da Comissão de Ética homologada pelo Conselho de Administração para a realização do estudo.



**EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 06/2022 DA COMISSÃO DE ÉTICA
HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 06.07.2022 (Ata nº 29, Ponto 5.1)**

A um de julho de dois mil e vinte e dois, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Departamento de Saúde Mental da ULSBA, EPE, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, António Joaquim Conceição Silva, Juiz e Presidente da Comarca de Beja, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Rui Manuel Pereira Ruivo, Engenheiro do Serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente. Não puderam estar presentes e justificaram a sua falta Ana Cristina Pardal Charraz, Psicóloga, Ana Matos Pires, Assistente Graduada-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Departamento de Saúde Mental, e Presidente desta Comissão, Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica.

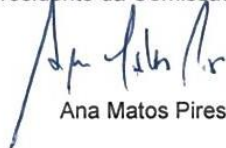
----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

««PONTO OITO – EDOC/2022/19094 – Projeto «Gestão dos Riscos Psicossociais com Unidades de Saúde – Caso UCSP de Mértola», a realizar pela Patrícia Coelho.-

--- A Comissão de Ética analisou o Projeto e emitiu parecer favorável. -----

Beja, 08 de julho 2022

A Presidente da Comissão de Ética



Ana Matos Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt . www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275

APÊNDICE 5

Consentimento informado para participação no estudo.

Consentimento Informado para Realização de Investigação Científica

Patrícia Matilde Coelho Alves, aluna do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, sob orientação da Sr.^a Professora Doutora Susana Soares Pinheiro Vieira Pescada, vem requerer a sua colaboração no Projeto de investigação intitulado: “Gestão dos Riscos Psicossociais em Unidades de Saúde – O caso da UCSP de Mértola”.

O presente estudo tem como objetivo avaliar os fatores de risco psicossociais que afetam os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Mértola. Pretende-se que os dados obtidos possam ser tratados e utilizados no sentido de impulsionar o desenvolvimento de estratégias que auxiliem os processos de gestão, através da identificação, antecipação e prevenção de potenciais riscos psicossociais e da implementação de estratégias de promoção da satisfação profissional e consequentemente da produtividade.

A sua participação ocorre num momento único, mediante o preenchimento de um questionário dividido em duas partes. A primeira parte terá como finalidade recolher informação sobre os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e na segunda parte serão aplicadas questões para a recolha de dados relativos aos riscos psicossociais. Estarão abrangidos pelo estudo, todos profissionais da UCSP de Mértola, das diferentes categorias profissionais que voluntariamente queiram participar.

A participação tem cariz voluntário, sendo possível desistir a qualquer momento se assim o entender. A autora considera que o acesso a dados pessoais e de saúde é uma temática que deve ser tratada de forma criteriosa e responsável, pelo que serão desenvolvidos esforços para o cumprimento de todos os princípios éticos e legais considerados necessários.

Os questionários individuais serão tratados exclusivamente para fins estatísticos, de forma totalmente anónima e confidencial, inclusive, não será solicitada a identificação dos participantes nos respetivos questionários.

A sua colaboração é fundamental para a realização do estudo, pelo que agradecemos deste já a disponibilidade.

Após a leitura atenta da informação disponibilizada e o esclarecimento de todas as questões que considera necessárias, caso concorde participar no estudo, solicitamos que proceda à assinatura do documento.

O investigador:

Declara, sob compromisso de honra que os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante antes de solicitar a sua assinatura. O presente documento foi realizado em duplicado e será facultada uma cópia ao participante.

Nome: _____

Data: ____/____/____ Local: _____

Assinatura: _____

O participante:

Declara ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que lhe foram fornecidas pela investigadora. Desta forma, aceita participar neste estudo e permite a utilização dos dados que de forma voluntária fornece.

Nome: _____

Data: ____/____/____ Local: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 6

Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes por grupo profissional.

Apêndice 6 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes por grupo profissional.

		Grupo Profissional					Total	
		Assistente Operacional	Assistente Técnico	Técnico Superior	Médico	Enfermeiro		
Total	N	7	5	7	3	9	31	
	%	22,6%	16,1%	22,6%	9,7%	29,0%	100,0%	
Sexo dos participantes	Masculino	N	1	1	1	1	1	5
		%	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	16,1%
	Feminino	N	6	4	6	2	8	26
		%	19,4%	12,9%	19,4%	6,5%	25,8%	83,9%
Faixa Etária	Inferior a 30 anos	N	0	1	0	0	1	2
		%	0,0%	3,2%	0,0%	0,0%	3,2%	6,5%
	30 a 39 anos	N	0	0	4	0	3	7
		%	0,0%	0,0%	12,9%	0,0%	9,7%	22,6%
	40 a 49 anos	N	2	2	3	0	3	10
		%	6,5%	6,5%	9,7%	0,0%	9,7%	32,3%
	Igual ou superior a 50 anos	N	5	2	0	3	2	12
		%	16,1%	6,5%	0,0%	9,7%	6,5%	38,7%
Habilitações literárias	Até 12º ou equivalente	N	7	4	0	0	0	11
		%	22,6%	12,9%	0,0%	0,0%	0,0%	35,5%
	Licenciatura	N	0	1	4	1	4	10
		%	0,0%	3,2%	12,9%	3,2%	12,9%	32,3%
	Pós-graduação/ Mestrado/ Doutorameto	N	0	0	3	2	5	10
		%	0,0%	0,0%	9,7%	6,5%	16,1%	32,3%
Tempo total de serviço na profissão	1 a 5 anos	N	1	3	0	0	1	5
		%	3,2%	9,7%	0,0%	0,0%	3,2%	16,1%
	6 a 10 anos	N	2	0	3	0	1	6
		%	6,5%	0,0%	9,7%	0,0%	3,2%	19,4%
	Superior a 10 anos	N	4	2	4	3	7	20
		%	12,9%	6,5%	12,9%	9,7%	22,6%	64,5%
Tempo de trabalho na UCSP de Mértola	Inferior a 1 ano	N	0	0	1	0	2	3
		%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	6,5%	9,7%
	1 a 5 anos	N	1	3	3	0	1	8
		%	3,2%	9,7%	9,7%	0,0%	3,2%	25,8%
	6 a 10 anos	N	2	1	1	1	1	6
		%	6,5%	3,2%	3,2%	3,2%	3,2%	19,4%
	Superior a 10 anos	N	4	1	2	2	5	14
		%	12,9%	3,2%	6,5%	6,5%	16,1%	45,2%

		Grupo Profissional					Total	
		Assistente Operacional	Assistente Técnico	Técnico Superior	Médico	Enfermeiro		
Acumulação de dois ou mais empregos em simultâneo	Sim	N	0	0	2	0	5	7
		%	0,0%	0,0%	6,5%	0,0%	16,1%	22,6%
	Não	N	7	5	5	3	4	24
		%	22,6%	16,1%	16,1%	9,7%	12,9%	77,4%
Tipo de Horário	Horário Completo	N	7	5	7	3	8	30
		%	22,6%	16,1%	22,6%	9,7%	25,8%	96,8%
	Horário a Tempo Parcial	N	0	0	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	3,2%
Vínculo contratual	Contrato a Tempo Indeterminado	N	7	5	6	2	7	27
		%	22,6%	16,1%	19,4%	6,5%	22,6%	87,1%
	Contrato a Termo Resolutivo	N	0	0	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	3,2%
	Outro Tipo de Vínculo Contratual	N	0	0	1	0	1	2
		%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	3,2%	6,5%
	Trabalhadores Independentes	N	0	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	3,2%
Número de elementos do agregado familiar	1	N	5	1	1	0	1	8
		%	16,1%	3,2%	3,2%	0,0%	3,2%	25,8%
	2	N	2	1	1	1	0	5
		%	6,5%	3,2%	3,2%	3,2%	0,0%	16,1%
	3	N	0	2	2	2	3	9
		%	0,0%	6,5%	6,5%	6,5%	9,7%	29,0%
	4	N	0	1	2	0	5	8
		%	0,0%	3,2%	6,5%	0,0%	16,1%	25,8%
	5	N	0	0	1	0	0	1
		%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	0,0%	3,2%
Estado Civil	Solteiro	N	1	1	1	0	2	5
		%	3,2%	3,2%	3,2%	0,0%	6,5%	16,1%
	Casado/ União Facto	N	2	4	5	3	7	21
		%	6,5%	12,9%	16,1%	9,7%	22,6%	67,7%
	Divorciado	N	3	0	1	0	0	4
		%	9,7%	0,0%	3,2%	0,0%	0,0%	12,9%
Viúvo	N	1	0	0	0	0	1	
	%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	
Tem filhos menores a cargo?	Sim	N	0	2	6	0	5	13
		%	0,0%	6,5%	19,4%	0,0%	16,1%	41,9%
	Não	N	7	3	1	3	4	18
		%	22,6%	9,3%	3,1%	9,7%	12,9%	58,1%

		Grupo Profissional					Total	
		Assistente Operacional	Assistente Técnico	Técnico Superior	Médico	Enfermeiro		
		%	22,6%	9,7%	3,2%	9,7%	12,9%	58,1%
Filhos com necessidades educativas especiais?	Sim	N	0	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	3,2%
	Não	N	7	5	7	2	9	30
		%	22,6%	16,1%	22,6%	6,5%	29,0%	96,8%
Faltou ao trabalho em 2021	Sim	N	3	2	4	1	6	16
		%	9,7%	6,5%	12,9%	3,2%	19,4%	51,6%
	Não	N	4	3	3	2	3	15
		%	12,9%	9,7%	9,7%	6,5%	9,7%	48,4%
Pratica atividades de lazer?	Sim	N	4	2	5	1	4	16
		%	12,9%	6,5%	16,1%	3,2%	12,9%	51,6%
	Não	N	3	3	2	2	5	15
		%	9,7%	9,7%	6,5%	6,5%	16,1%	48,4%
Pratica alguma atividade física de forma regular?	Sim	N	2	1	3	1	2	9
		%	6,5%	3,2%	9,7%	3,2%	6,5%	29,0%
	Não	N	5	4	4	2	7	22
		%	16,1%	12,9%	12,9%	6,5%	22,6%	71,0%

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

APÊNDICE 7
Testes estatísticos.

APÊNDICE 7.1 Teste de normalidade da distribuição das subescalas do COPSOQII.

Subescalas do questionário	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Exigências quantitativas	,122	31	,200*	,949	31	,150
Ritmo trabalho	,278	31	<,001	,857	31	<,001
Exigências cognitivas	,135	31	,161	,940	31	,082
Exigências emocionais	,198	31	,003	,913	31	,015
Influência do trabalho	,172	31	,020	,928	31	,039
Possibilidades de desenvolvimento	,209	31	,001	,934	31	,057
Previsibilidade	,146	31	,092	,959	31	,282
Transparência do papel laboral desempenhado	,168	31	,025	,898	31	,006
Recompensas	,168	31	,025	,937	31	,067
Conflitos laborais	,170	31	,022	,924	31	,030
Apoio social colegas	,114	31	,200*	,978	31	,746
Apoio social superiores	,206	31	,002	,912	31	,015
Comunidade social no trabalho	,120	31	,200*	,948	31	,136
Qualidade da liderança	,105	31	,200*	,975	31	,653
Confiança horizontal	,149	31	,077	,951	31	,166
Confiança vertical	,133	31	,173	,945	31	,110
Justiça e respeito	,099	31	,200*	,974	31	,641
Autoeficácia	,179	31	,012	,932	31	,049
Significado do trabalho	,241	31	<,001	,879	31	,002
Compromisso face ao local de trabalho	,157	31	,050	,961	31	,313
Satisfação face ao local de trabalho	,163	31	,036	,893	31	,005
Insegurança laboral	,206	31	,002	,852	31	<,001
Perceção da saúde geral	,241	31	<,001	,856	31	<,001
Conflito trabalho/família	,156	31	,051	,916	31	,019
Problemas em dormir	,183	31	,010	,916	31	,019
Burnout	,166	31	,030	,956	31	,228
Stress	,124	31	,200*	,938	31	,072
Sintomas depressivos	,158	31	,046	,904	31	,009
Comportamentos Ofensivos	,371	31	<,001	,664	31	<,001

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

APÊNDICE 7.2 Teste Wilcoxon-Mann-Whitney entre a variável sociodemográfica sexo e as dimensões do COPSOQII.

Postos				
Dimensões do COPSOQII	Sexo dos participantes	N	Posto médio	Soma de Classificações
Exigências quantitativas	Masculino	5	15,00	75,00
	Feminino	26	16,19	421,00
	Total	31		
Ritmo trabalho	Masculino	5	13,10	65,50
	Feminino	26	16,56	430,50
	Total	31		
Exigências cognitivas	Masculino	5	18,80	94,00
	Feminino	26	15,46	402,00
	Total	31		
Exigências emocionais	Masculino	5	15,90	79,50
	Feminino	26	16,02	416,50
	Total	31		
Influência do trabalho	Masculino	5	19,40	97,00
	Feminino	26	15,35	399,00
	Total	31		
Possibilidades de desenvolvimento	Masculino	5	16,60	83,00
	Feminino	26	15,88	413,00
	Total	31		
Previsibilidade	Masculino	5	15,30	76,50
	Feminino	26	16,13	419,50
	Total	31		
Transparência do papel laboral desempenhado	Masculino	5	18,20	91,00
	Feminino	26	15,58	405,00
	Total	31		
Recompensas	Masculino	5	16,70	83,50
	Feminino	26	15,87	412,50
	Total	31		
Conflitos laborais	Masculino	5	12,40	62,00
	Feminino	26	16,69	434,00
	Total	31		
Apoio social colegas	Masculino	5	15,30	76,50
	Feminino	26	16,13	419,50
	Total	31		
Apoio social superiores	Masculino	5	19,10	95,50
	Feminino	26	15,40	400,50
	Total	31		

Postos				
Dimensões do COPSOQII	Sexo dos participantes	N	Posto médio	Soma de Classificações
Comunidade social no trabalho	Masculino	5	15,80	79,00
	Feminino	26	16,04	417,00
	Total	31		
Qualidade da liderança	Masculino	5	14,30	71,50
	Feminino	26	16,33	424,50
	Total	31		
Confiança horizontal	Masculino	5	16,10	80,50
	Feminino	26	15,98	415,50
	Total	31		
Confiança vertical	Masculino	5	13,60	68,00
	Feminino	26	16,46	428,00
	Total	31		
Justiça e respeito	Masculino	5	16,90	84,50
	Feminino	26	15,83	411,50
	Total	31		
Autoeficácia	Masculino	5	10,50	52,50
	Feminino	26	17,06	443,50
	Total	31		
Significado do trabalho	Masculino	5	10,50	52,50
	Feminino	26	17,06	443,50
	Total	31		
Compromisso face ao local de trabalho	Masculino	5	13,20	66,00
	Feminino	26	16,54	430,00
	Total	31		
Satisfação face ao local de trabalho	Masculino	5	12,00	60,00
	Feminino	26	16,77	436,00
	Total	31		
Insegurança laboral	Masculino	5	10,50	52,50
	Feminino	26	17,06	443,50
	Total	31		
Perceção da saúde geral	Masculino	5	14,30	71,50
	Feminino	26	16,33	424,50
	Total	31		
Conflito trabalho/família	Masculino	5	17,90	89,50
	Feminino	26	15,63	406,50
	Total	31		
Problemas em dormir	Masculino	5	6,10	30,50
	Feminino	26	17,90	465,50

Postos				
Dimensões do COPSOQII	Sexo dos participantes	N	Posto médio	Soma de Classificações
	Total	31		
Burnout	Masculino	5	16,10	80,50
	Feminino	26	15,98	415,50
	Total	31		
Stress	Masculino	5	15,90	79,50
	Feminino	26	16,02	416,50
	Total	31		
Sintomas depressivos	Masculino	5	14,70	73,50
	Feminino	26	16,25	422,50
	Total	31		
Comportamentos Ofensivos	Masculino	5	13,10	65,50
	Feminino	26	16,56	430,50
	Total	31		

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

	Exigências quantitativas	Ritmo trabalho	Exigências cognitivas	Exigências emocionais	Influência do trabalho	Possibilidades de desenvolvimento	Previsibilidade	Transparência do papel laboral	Recompensas	Conflitos laborais	Apoio social colegas	Apoio social superiores	Comunidade social no trabalho	Qualidade da liderança	Confiança horizontal
U de Mann-	60,000	50,500	51,000	64,500	48,000	62,000	61,500	54,000	61,500	47,000	61,500	49,500	64,000	56,500	64,500
Wilcoxon W	75,000	65,500	402,000	79,500	399,000	413,000	76,500	405,000	412,500	62,000	76,500	400,500	79,000	71,500	415,500
Z	,271	,858	,763	,028	,922	,167	,192	,600	,190	,989	,190	,872	,054	,459	,027
Significância Sig. (2)	,787	,391	,446	,978	,357	,868	,848	,548	,850	,323	,849	,383	,957	,646	,978
Sig exata [2* (Sig. de 1 extremidade)]	,815 _b	,448 _b	,480 _b	,979 _b	,387 _b	,897 _b	,856 _b	,584 _b	,856 _b	,358 _b	,856 _b	,417 _b	,979 _b	,658 _b	,979 _b

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

	Confiança vertical	Justiça e respeito	Autoeficácia	Significado do trabalho	Compromisso face ao local de trabalho	Satisfação face ao local de trabalho	Insegurança laboral	Perceção da saúde geral	Conflito trabalho/família	Problemas em dormir	<i>Burnout</i>	<i>Stress</i>	Sintomas depressivos	Comportamentos Ofensivos
U de Mann-Whitney	53,000	60,500	37,500	37,500	51,000	45,000	37,500	56,500	55,500	15,500	64,500	64,500	58,500	50,500
Wilcoxon W	68,000	411,500	52,500	52,500	66,000	60,000	52,500	71,500	406,500	30,500	415,500	79,500	73,500	65,500
Z	-,655	-,243	-,1515	-,1527	-,763	-,1086	-,1525	-,488	-,514	-,2684	-,027	-,027	-,357	-,915
Significância Sig. (2 extremidades)	,512	,808	,130	,127	,445	,277	,127	,625	,608	,007	,978	,978	,721	,360
Sig. exata [2*(Sig. de 1 extremidade)]	,548 ^b	,815 ^b	,144 ^b	,144 ^b	,480 ^b	,305 ^b	,144 ^b	,658 ^b	,620 ^b	,005 ^b	,979 ^b	,979 ^b	,735 ^b	,448 ^b

a. Variável de Agrupamento: Sexo dos participantes

b. Não corrigido para vínculos.

Fonte: Elaboração própria com base na análise dos questionários aplicados.

APÊNDICE 8

Tabelas de frequências das palavras associadas aos riscos psicossociais.

APÊNDICE 8.1 Tabela de frequências das palavras relacionadas com os fatores de risco psicossocial.

Palavra	C_ProGerPsi	%*	E_Gestor	%*	E_USP	%*	Total	%**
risco	7	0,12%	9	0,37%	8	0,30%	24	0,22%
conflito	7	0,12%	7	0,29%	1	0,04%	15	0,14%
exigência	15	0,25%	0	0,00%	0	0,00%	15	0,14%
pressão	7	0,12%	1	0,04%	4	0,15%	12	0,11%
horário	6	0,10%	0	0,00%	5	0,19%	11	0,10%
carga	0	0,00%	4	0,16%	2	0,08%	6	0,05%
familiar	2	0,03%	0	0,00%	4	0,15%	6	0,05%
turno	5	0,08%	0	0,00%	1	0,04%	6	0,05%
exposição	5	0,08%	0	0,00%	0	0,00%	5	0,04%
exposto	5	0,08%	0	0,00%	0	0,00%	5	0,04%
contexto	0	0,00%	3	0,12%	1	0,04%	4	0,04%
preocupar	1	0,02%	1	0,04%	2	0,08%	4	0,04%
repetitivo	0	0,00%	1	0,04%	3	0,11%	4	0,04%
violência	4	0,07%	0	0,00%	0	0,00%	4	0,04%
excesso	1	0,02%	2	0,08%	0	0,00%	3	0,03%
insegurança	3	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,03%
preocupação	0	0,00%	3	0,12%	0	0,00%	3	0,03%
conteúdo	0	0,00%	0	0,00%	2	0,08%	2	0,02%
exigências	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
riscos	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
agressão	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
agressivo	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
assédio	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
boicotar	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
<i>bullying</i>	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
burocrático	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
conflituoso	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
criticar	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
culpar	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
discriminar	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
despedir	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
esforçar	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
esforço	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
excessivo	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
exigir	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
<i>mobbing</i>	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
noturnos	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
preocupante	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
pressionar	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
repetir	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
salário	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
subcarga	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%

Palavra	C_ProGerPsi	%*	E_Gestor	%*	E_USP	%*	Total	%**
Total:	88	1,52%	33	1,34%	37	1,42%	158	1,47%
*Frequência relativa								
**Frequência Absoluta								

Fonte: Elaboração própria com base na análise das entrevistas realizadas.

APÊNDICE 8.2 Tabela de frequências das palavras relacionada com as consequências dos fatores de risco psicossociais.

Palavra	C_ProGerPsi	%*	E_Gestor	%*	E_USP	%*	Total	%**
<i>stress</i>	11	0,18%	10	0,41%	1	0,04%	22	0,20%
absentismo	12	0,20%	1	0,04%	0	0,00%	13	0,12%
doença	12	0,20%	0	0,00%	0	0,00%	12	0,11%
doente	8	0,13%	0	0,00%	2	0,08%	10	0,09%
ansiedade	0	0,00%	6	0,25%	0	0,00%	6	0,05%
errar	1	0,02%	3	0,12%	2	0,08%	6	0,05%
sofrer	2	0,03%	0	0,00%	4	0,15%	6	0,05%
<i>burnout</i>	4	0,07%	0	0,00%	1	0,04%	5	0,04%
consequência	5	0,08%	0	0,00%	0	0,00%	5	0,04%
depressivo	3	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,03%
afeta	0	0,00%	2	0,08%	0	0,00%	2	0,02%
afetam	0	0,00%	0	0,00%	2	0,08%	2	0,02%
erro	0	0,00%	2	0,08%	0	0,00%	2	0,02%
grave	1	0,02%	1	0,04%	0	0,00%	2	0,02%
presentismo	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
suicídio	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
adoecer	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
afetadas	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
afetados	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
afetar	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
cansar	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
depressão	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
descompensação	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
desmotivante	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
desmotivar	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
doenças	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
erros	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
gravidade	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
litigância	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
sono	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
Total:	69	1,15%	31	1,27%	14	0,53%	114	1,03%
*Frequência relativa								
**Frequência Absoluta								

Fonte: Elaboração própria com base na análise das entrevistas realizadas.

APÊNDICE 8.3 Tabela de frequências das palavras relacionadas com os fatores de proteção relativamente aos fatores de risco psicossociais.

Palavra	C_ProGerPsi	%*	E_Gestor	%*	E_USP	%*	Total	%**
intervenção	18	0,30%	5	0,20%	0	0,00%	23	0,21%
formar	5	0,08%	8	0,33%	8	0,30%	21	0,19%
estudar	17	0,28%	0	0,00%	3	0,11%	20	0,18%
estudo	17	0,28%	0	0,00%	2	0,08%	19	0,17%
ajudar	14	0,23%	1	0,04%	1	0,04%	16	0,14%
saúde	14	0,23%	2	0,08%	0	0,00%	16	0,14%
apoiar	11	0,18%	3	0,12%	0	0,00%	14	0,13%
formação	8	0,13%	0	0,00%	6	0,23%	14	0,13%
conhecimento	0	0,00%	6	0,25%	4	0,15%	10	0,09%
equipar	3	0,05%	3	0,12%	4	0,15%	10	0,09%
comunicação	0	0,00%	0	0,00%	8	0,30%	8	0,07%
reconhecimento	4	0,07%	0	0,00%	4	0,15%	8	0,07%
investir	4	0,07%	1	0,04%	2	0,08%	7	0,06%
recurso	7	0,12%	0	0,00%	0	0,00%	7	0,06%
conhecer	0	0,00%	2	0,08%	4	0,15%	6	0,05%
investimento	2	0,03%	1	0,04%	3	0,11%	6	0,05%
integração	0	0,00%	0	0,00%	4	0,15%	4	0,04%
prevenção	3	0,05%	0	0,00%	1	0,04%	4	0,04%
recuperação	4	0,07%	0	0,00%	0	0,00%	4	0,04%
resiliência	4	0,07%	0	0,00%	0	0,00%	4	0,04%
benefício	2	0,03%	1	0,04%	0	0,00%	3	0,03%
conciliação	3	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,03%
conciliar	3	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,03%
motivar	0	0,00%	3	0,12%	0	0,00%	3	0,03%
segurança	3	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,03%
articulação	1	0,02%	1	0,04%	0	0,00%	2	0,02%
atuar	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
beneficiar	1	0,02%	0	0,00%	1	0,04%	2	0,02%
comunicar	0	0,00%	0	0,00%	2	0,08%	2	0,02%
flexível	1	0,02%	0	0,00%	1	0,04%	2	0,02%
proteção	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
proteger	1	0,02%	0	0,00%	1	0,04%	2	0,02%
recompensar	1	0,02%	0	0,00%	1	0,04%	2	0,02%
reconhecer	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
respeitar	0	0,00%	0	0,00%	2	0,08%	2	0,02%
saudável	1	0,02%	1	0,04%	0	0,00%	2	0,02%

Palavra	C_ProGerPsi	%*	E_Gestor	%*	E_USP	%*	Total	%**
acompanhamento	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
acompanhar	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
agir	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
aliviar	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
altruísmo	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
amor	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
antecipar	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
apoio	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
aprender	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
beneficiário	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
benéfico	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
clarificação	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
conhecido	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
conscencialização	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
conscientemente	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
cooperação	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
corretivas	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
corretivos	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
descansar	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
disponibilidade	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
educação	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
ensinar	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
envolver	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
flexibilidade	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
informação	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
intervir	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
motivação	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
prevenir	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
recuperar	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
sucesso	0	0,00%	1	0,04%	0	0,00%	1	0,01%
terapêutico	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
terapia	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
tranquilizar	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
Total:	177	3,06%	44	1,80%	70	2,64%	291	2,62%
*Frequência relativa								
**Frequência absoluta								

Fonte: Elaboração própria com base na análise das entrevistas realizadas.

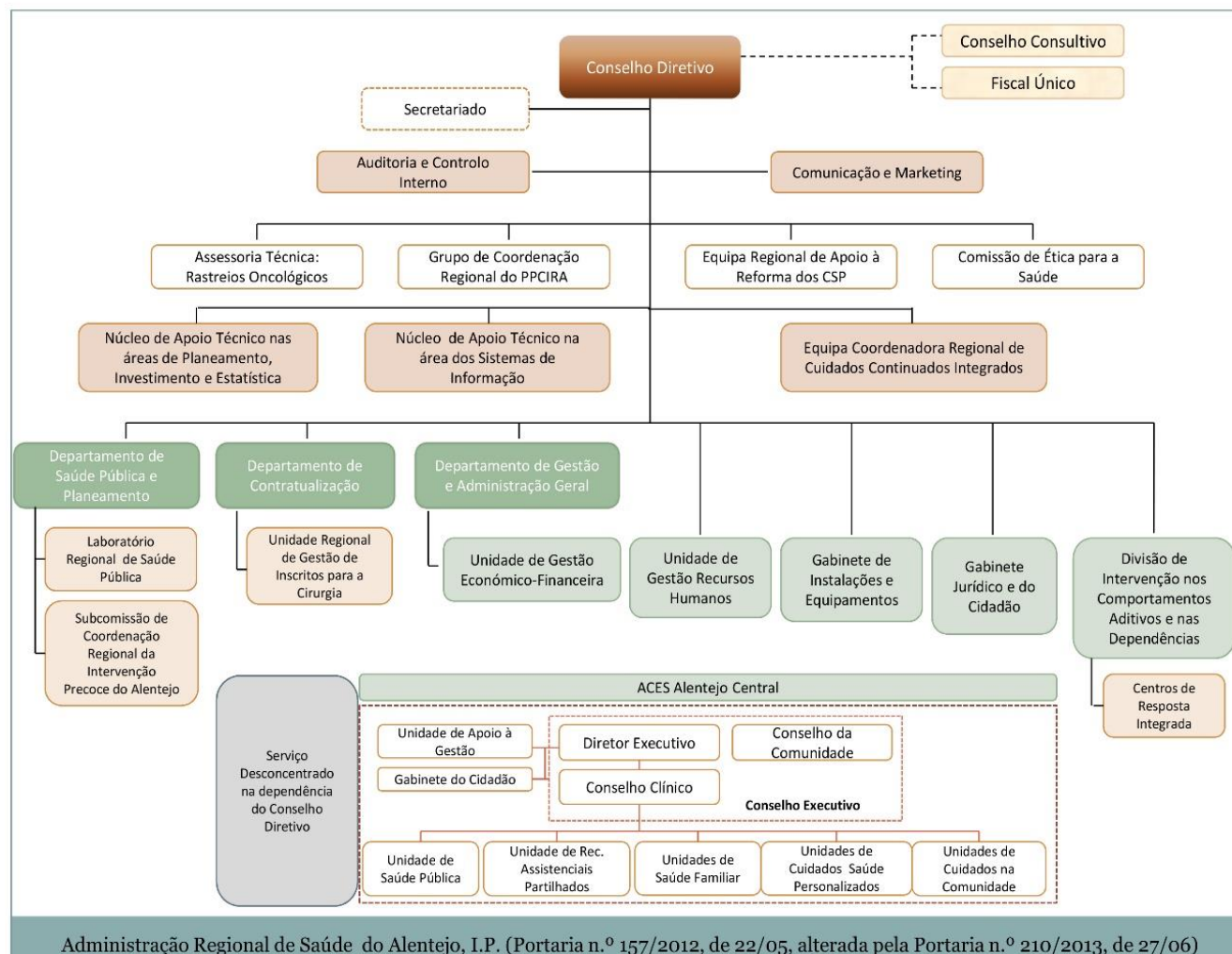
APÊNDICE 8.4 Semântica da palavra “Chefia” – Tabela de Frequências

Semântica "Chefia"	C_ProGerPsi	%*	E_Gestor	%*	E_USP	%*	Total	%**
gestão	15	0,25%	6	0,25%	2	0,08%	23	0,21%
chefiar	18	0,30%	0	0,00%	1	0,04%	19	0,17%
superior	11	0,18%	1	0,04%	3	0,11%	15	0,14%
gerir	2	0,03%	11	0,45%	1	0,04%	14	0,13%
dirigir	11	0,18%	0	0,00%	0	0,00%	11	0,10%
chefe	5	0,08%	0	0,00%	1	0,04%	6	0,05%
gestor	0	0,00%	1	0,04%	2	0,08%	3	0,03%
hierárquico	1	0,02%	0	0,00%	2	0,08%	3	0,03%
liderança	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
supervisor	2	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,02%
chefão	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
chefes	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
chefinhos	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
coordenação	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
diretor	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
empregador	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
hierarquia	0	0,00%	0	0,00%	1	0,04%	1	0,01%
Total	70	1,17%	19	0,78%	16	0,60%	105	0,94%
*Frequência relativa								
**Frequência Absoluta								

Fonte: Elaboração própria com base na análise das entrevistas realizadas.

10. Anexos

Anexo A - Organograma da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.



Fonte: SNS (2016)

Anexo B – Dimensões/subescalas do COPSOQ II.

Subescalas	Itens
Exigências quantitativas	1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída? 2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho? 3. Precisa fazer horas-extra?
Ritmo de trabalho	4. Precisa trabalhar muito rapidamente?
Exigências cognitivas	5. O seu trabalho exige a sua atenção constante? 6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias? 7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?
Exigências emocionais	8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?
Influência no trabalho	9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho? 10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha? 11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si? 12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?
Possibilidades de desenvolvimento	13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa? 14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas? 15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?
Significado do trabalho	51. O seu trabalho tem algum significado para si? 52. Sente que o seu trabalho é importante? 53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?
Compromisso face ao local de trabalho	54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho? 55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?
Previsibilidade	16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro? 17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?
Transparência do papel laboral desempenhado	18. O seu trabalho apresenta objetivos claros? 19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades? 20. Sabe exatamente o que é esperado de si?
Recompensas	21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência? 22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o? 23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?
Conflitos laborais	24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam, mas outros não? 25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira? 26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?
Apoio social de colegas	27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho? 28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? 29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?
Apoio social de superiores	30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? 31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?

	32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?
Comunidade social no trabalho	33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas? 34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho? 35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?
Qualidade da liderança	36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento? 37. Dá prioridade à satisfação no trabalho? 38. É bom no planeamento do trabalho? 39. É bom a resolver conflitos?
Confiança horizontal	40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros? 41. Os funcionários ocultam informação à gerência? 42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?
Confiança vertical	43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem? 44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência? 45. A gerência oculta informação aos seus funcionários?
Justiça e respeito	46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa? 47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência? 48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?
Autoeficácia	49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente. 50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objetivos.
Significado do trabalho	51. O seu trabalho tem algum significado para si? 52. Sente que o seu trabalho é importante? 53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?
Compromisso face ao local de trabalho	54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho? 55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?
Satisfação no trabalho	56. As suas perspetivas de trabalho? 57. As condições físicas do seu local de trabalho? 58. A forma como as suas capacidades são utilizadas? 59. O seu trabalho de uma forma global?
Insegurança laboral	60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?
Perceção da saúde geral	61. Em geral, sente que a sua saúde é:
Conflito trabalho/família	62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente? 63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente? 64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?
Problemas em dormir	65. Dificuldade a adormecer? 66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?
<i>Burnout</i>	67. Fisicamente exausto? 68. Emocionalmente exausto?
<i>Stress</i>	69. Irritado? 70. Ansioso?

Sintomas depressivos	71. Triste? 72. Falta de interesse por coisas cotidianas?
Comportamentos ofensivos	73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais? 74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado? 75. Tem sido exposto a ameaças de violência? 76. Tem sido exposto a violência física?

Fonte: Silva *et al* (2012)