

CESQUA Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente

Condições psicossociais de trabalho em profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados

Sara Cunha, Hernâni Veloso Neto

ISLA - Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia, Vila Nova de Gaia, Portugal, E-mail contacto: hernani.neto@islagaia.pt

Resumo: Os riscos psicossociais relacionados com o trabalho são um dos grandes desafios para a segurança e saúde no trabalho na atualidade. Os seus fatores de risco são apontados na literatura como estando presentes nas atividades de saúde, e as suas consequências podem afetar tanto a saúde quanto a qualidade da assistência prestada aos utentes. Logo, importa que se perceba qual o peso desses riscos na saúde dos trabalhadores e de que forma se pode intervir nas situações de trabalho, com vista a uma melhor saúde, segurança e bem-estar dos mesmos. Através de uma revisão da literatura e um estudo empírico com enfermeiros e auxiliares de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados, procurou-se perceber o tipo de condições psicossociais de trabalho a que se encontram expostos este tipo de profissionais. A recolha de dados primários foi feita com recurso ao Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho (Neto, 2013), que também inclui escalas do COPSOQ, um dos instrumentos internacionalmente reconhecidos na análise das dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral. Verificou-se que ambas as atividades profissionais são muito exigentes. O ritmo de trabalho e as exigências emocionais e/ou cognitivas foram evidenciados como os fatores de risco mais problemáticos nesta amostra.

Palavras-chave: riscos psicossociais, segurança e saúde ocupacional, profissionais de saúde, Cuidados Continuados.

Psychosocial Working Conditions of Health Professionals in a Continuing Care Unit

Abstract: Nowadays, work-related psychosocial risks are one of the major challenges for occupational safety and health. Its risk factors are identified in the literature as being present in health activities, and their consequences may affect both health and quality of the care provided to users. So it matters understanding the weight of these risks on workers' health and how they can intervene in work situations, with a view to better health, safety and well-being of workers. Through a literature review and an empirical study with nurses and health assistants of a Continuing Care Unit, we sought to understand the type of psychosocial working conditions to which this type of professionals are exposed. Primary data were collected using the Psychosocial Working Conditions Characterization Questionnaire (Neto, 2013), which also includes COPSOQ scales, one of the internationally recognized instruments for the analysis of psychosocial dimensions inherent to the work context. Both professional activities were considered to be very demanding. Work rhythm and emotional and / or cognitive demands were evidenced as the most problematic risk factors in this sample.

Keywords: psychosocial risks, occupational safety and health, health professionals, Continuing Care.

1. Introdução

Quando se pensa no termo trabalho, considera-se uma atividade humana, individual ou coletiva, de caráter social, complexa, dinâmica, mutante e que se distingue de qualquer outro tipo de prática animal pela sua natureza reflexiva, consciente, propositada e moral (Coutinho, 2009). Separar o trabalho da existência das pessoas é muito difícil, dada a importância e o impacto que o trabalho tem sobre cada ser humano (Jacques, 1996). Blanch (2003) comenta que, ao contrário da perspectiva que considera o trabalho como fonte de satisfação e de autorrealização, fundamental para a construção do sujeito e de sua missão de vida, existem outras abordagens que atribuem conotações negativas ao trabalho, nomeadamente enquanto fator de risco profissional (Neto, 2011). Com a globalização e o capitalismo, a ideologia predominante nos dias de hoje, é a liberal, e o trabalho tende a ser visto sob essa ótica (Ovejero, 2010). Nesse contexto, a ética individualista e a competitividade no mundo do trabalho são intensificadas, e os trabalhadores encontram-se em contexto de insegurança em relação ao emprego, concorrem entre si para que possam garantir sua permanência no mesmo (Antunes, 2000). O desejo de obter sucesso torna-se uma obsessão, e requer do trabalhador uma dedicação extra sem limites (Antunes, 2000). A atual ideologia gera uma insegurança psicossocial, a qual se acentua no medo de perder o emprego, e aumenta o stress (Ovejero, 2010). Além disso, esses mesmos sentimentos fragilizam os relacionamentos sociais, nomeadamente as relações familiares, e prejudicam a autoestima, equilibrada pelo senso de independência e de segurança, anteriormente proporcionadas pela relativa estabilidade no trabalho. Talvez essa seja a causa de cada vez mais trabalhadores estarem propensos aos riscos psicossociais do trabalho, porque mesmo estando a trabalhar, sentem o risco do desemprego (Sennett, 2009).

Antunes (2000) relaciona o sentido do trabalho com o sentido na vida, afirmando que uma vida sem sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho, desta forma, é necessário que o indivíduo encontre realização na esfera do trabalho. A saúde e a segurança no trabalho englobam o bem-estar social, mental e físico dos trabalhadores, independentemente da sua profissão e, por sua vez, as condições de trabalho deficientes têm o potencial de afetar a saúde e a segurança de um trabalhador (OIT, 2009).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2010), numa publicação recente sobre os riscos emergentes e novos modelos de prevenção, destaca os fatores psicossociais relacionados com a atividade laboral como riscos emergentes decorrentes das novas características do mundo do trabalho. Refere-se, ainda, aos fatores psicossociais no trabalho como a interação entre o trabalho (ambiente, satisfação e condições de sua organização) e as capacidades do trabalhador. De um lado, portanto, está a inter-relação entre conteúdo, organização do trabalho, entre outras condições ambientais e organizacionais, e, do outro, as competências e necessidades dos empregados.

Apesar da controvérsia em torno da consideração dos riscos psicossociais relacionados como riscos emergentes, na medida em que este tipo de riscos está conceptualizado na literatura há muito tempo e já fizeram sentir noutras épocas e reconfigurações do mercado de trabalho e do próprio significado do trabalho, daí a dubiedade em os considerar como emergentes (Neto, 2015; Areosa & Neto, 2014), não deixam de ter outra proeminência nas sociedades atuais. Até porque a reflexividade social, o conhecimento científico e as exigências legais sobre a temática aumentaram significativamente nas últimas duas décadas. Assim, o interesse por esta temática deve-se a vários aspetos (Neto, 2015), não sendo alheio a isso o número crescente de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho que foram reconhecidos como doenças profissionais (Jacques, 2003), mesmo que, em muitas situações, se tenha dificuldade em estabelecer o nexo causal entre trabalho-saúde-doença. Na mesma linha se pode referir a melhoria do quadro legal. De acordo com a legislação nacional em vigor que regulamenta a promoção da segurança e saúde no

trabalho (SST) (Lei n.º 102/2009, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 3/2014), todas as entidades empregadoras estão obrigadas a organizar atividades de SST, com o objetivo de assegurar que as condições de trabalho da organização salvaguardam a segurança e a saúde física e mental dos trabalhadores. Nomeadamente, o Art.º 15º alude para o dever das organizações assegurarem que as exposições a fatores de risco psicossocial não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador, e que adaptam o trabalho ao trabalhador, especialmente no que se refere à conceção dos postos de trabalho, à escolha de equipamentos de trabalho e aos métodos de trabalho e produção, com vista a atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e a reduzir os riscos psicossociais (Lei n.º 3/2014).

Neto (2015) afirma que os riscos psicossociais do trabalho representam a probabilidade de ocorrerem efeitos negativos para a saúde mental, física e social dos trabalhadores, provocados por condições de emprego e de vida, e fatores organizacionais e relacionais que podem interagir com o funcionamento mental e bem-estar dos trabalhadores. Os profissionais de saúde são um dos grupos mais expostos a este tipo de riscos. Pela motivação e vocação inerente à profissão para ajudar os outros, acabam por lidar constantemente com o sofrimento do outro. A literatura recente tem demonstrado o forte potencial de exposição destes profissionais a níveis significativos de stresse e de *burnout* no trabalho, que acabam por contribuir para a diminuição do bem-estar destes profissionais e pode ter consequências graves no cuidado que prestam aos utentes e na qualidade do serviço da instituição (Silva, Queirós, Cameira, Vara, & Galvão, 2015).

O presente estudo pretende descrever a realidade dos profissionais de saúde, mais concretamente enfermeiros e auxiliares de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados, e caracterizar os riscos psicossociais percebidos por estes mesmos profissionais, uma vez que são atividades bastante exigentes e propícias ao desenvolvimento de riscos psicossociais. O artigo está estruturado da seguinte forma: inicialmente é efetuado um enquadramento do tema, de seguida é caracterizada a abordagem metodológica preconizada, caracterizando-se os postos de trabalho e especificando os métodos e técnicas utilizados, e posteriormente são analisados os resultados obtidos. No final é apresentada uma breve conclusão e reflexão sobre os riscos associados à atividade profissional em estudo.

2. Riscos Psicossociais do trabalho

A sociedade de risco é um conceito inovador, desenvolvido no ano de 1986, utilizado para definir muitos dos riscos que as sociedades atuais estão sujeitas (Beck, 1992). A partir deste momento ficou relativamente claro que o tema de risco se tornou indispensável na contemporaneidade (Beck, 1992). Segundo Beck et al. (2000), significa que nada é certo além da incerteza. Apesar da grande diferença entre o passado e o presente, hoje tem-se noção que é impossível controlar as consequências de algumas decisões civilizacionais (Areosa & Neto, 2014). Os riscos surgem no conhecimento, e é no conhecimento que eles podem ser reduzidos, evidenciados ou simplesmente eliminados (Beck, 1992). É de ressaltar que existem diversos tipos de riscos profissionais nas sociedades modernas, tais como, por exemplo, os riscos físicos, os riscos biológicos, os riscos químicos, os riscos psicossociais, sendo estes últimos que serão focados no presente artigo.

É na última década e meia que esta temática dos riscos psicossociais tem assumido bastante relevo, resultado de iniciativas como o Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) em 2009, a campanha sobre os Riscos Psicossociais no trabalho do Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção

do Trabalho em 2012 e a Campanha europeia de 2014-2015 da AESST sobre gestão do stress e dos Riscos Psicossociais no trabalho (Neto, 2015). A razão pela qual se tem dado elevada importância a este tipo de riscos, deve-se ao facto de serem menos tangíveis e, por isso mais difíceis de avaliar, gerir e prevenir (Luís & Ramos, 2015). Apesar de serem apresentados como emergentes, estes riscos não são considerados uma novidade, uma vez que o estudo dos efeitos psicossociais do trabalho já está há muito presente na literatura (Neto, 2015).

Os processos de trabalho tornaram-se mais complexos nos últimos anos, obrigando a que os trabalhadores sejam fortes e adaptativos (Neto et al., 2014). As mudanças que se desenvolveram têm sido associadas aos riscos emergentes, que têm vindo a ganhar prevalência no contexto laboral, devido às variadas consequências que os acompanham, não só para os trabalhadores como para as organizações (Luís & Ramos, 2015). Estas alterações contribuem para o aumento progressivo da probabilidade de destabilização do bem-estar psicossocial dos trabalhadores no trabalho (Neto et al., 2014). É evidente que o aumento da carga e intensidade de trabalho pode conduzir a um impacto negativo sobre os estados de saúde e bem-estar (Neto et al., 2014).

Estudos realizados na última década no contexto europeu, constatarem que mais de 20% dos trabalhadores da União Europeia acreditavam que a sua saúde estava em risco devido ao stress relacionado com o trabalho (AESST, 2007; Neto, 2019a). Em 2007, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) revelou que os riscos psicossociais resultam frequentemente de transformações técnicas ou organizacionais, bem como de transformações socioeconómicas, demográficas e políticas que acompanham o atual fenómeno da globalização (AESST, 2007). Outros estudos realizados na Europa revelaram, ainda, que são cada vez mais as pessoas que sofrem de stress, prevendo-se que, em 2020, segundo dados da OIT, o stress seja a principal causa de incapacidade global (Amaro, 2013). O stress profissional é dos tipos de riscos psicossociais relacionados com o trabalho, porventura, aquele que assume maior incidência na atualidade (Neto, 2019a).

2.1. Stress no trabalho

A primeira definição de stress surgiu com Selye em 1936 que considera o stress uma “síndrome geral de adaptação” na qual o organismo procura readquirir a homeostase perdida perante certos estímulos (Malagris & Fiorito, 2006). Posteriormente, o mesmo autor em 1965, refere que o stress é constituído por três fases que englobam a fase de alerta, resistência e exaustão (Malagris & Fiorito, 2006). A primeira fase – fase de alerta – surge quando a pessoa se depara com a fonte stressora, desequilibrando-se internamente, apresentando sensações de sudorese excessiva, taquicardia, respiração ofegante e picos de hipertensão; a segunda fase – fase de resistência – em que o organismo tenta recuperar do desequilíbrio sofrido, ocorrendo um gasto de energia que pode originar cansaço excessivo, problemas de memória e dúvidas quanto a si próprio; se o equilíbrio não se readquirir, evolui-se para a terceira fase – fase de exaustão – surgindo de novo sintomas da primeira fase, mas de uma forma mais intensa, existindo um grande comprometimento físico que se manifesta em forma de doenças (Malagris & Fiorito, 2006).

É crescente a utilização da palavra stress, associando-a a sensações de desconforto e cada vez mais o número de pessoas que se definem como “stressadas”, relacionando este conceito como uma imposição da sociedade atual, levando a uma diminuição da qualidade de vida. De facto, relaciona-se o stress a algo negativo, no entanto, segundo Labrador (1992, cit. in Santos & Teixeira, 2009), o stress em quantidades e condições adequadas pode ser fundamental para que se tenha uma vida satisfatória, mas se for em excesso pode ser desagradável ou biologicamente prejudicial. Daí que seja importante estabelecer a diferença entre mau e bom stress. Segundo Selye (1985, cit. in

Castro & Santos, 1998), existem dois tipos de stress, nomeadamente: o *eustress* ou stress saudável, que é benéfico e construtivo, e o *distress* ou stress disfuncional, que é prejudicial e nocivo. Num estado de *eustress*, o indivíduo vivencia o stress de forma saudável, visto que se encontra motivado pelos desafios profissionais, respondendo de forma produtiva, levando a sentimentos de realização e bem-estar. Enquanto que no estado de *distress*, o indivíduo encontra-se numa situação de não cumprimento das exigências da tarefa e outras solicitações, que podem dar origem a insatisfação, cansaço e doenças físicas, psíquicas, entre outras (Freitas, 2016). Na literatura especializada, nomeadamente em Portugal, nem sempre se faz essa diferenciação, e o stress tende a ser mais utilizado como sinónimo de *distress*, como algo negativo que pode suscitar dano na pessoa.

Em relação aos agentes stressores, são aqueles que interferem no equilíbrio homeostático do organismo, podendo ter um carácter físico, cognitivo ou emocional, pelo que o stress surge como resposta a esse estímulo, procurando retornar ao estado de equilíbrio ou homeostase inicial (Benevides-Pereira, 2002). Dentro dos três tipos de stressores, os stressores físicos provêm do ambiente externo, na forma de ruídos, frio ou calor intenso/persistente, acidentes, fome, dor, excesso de exercício físico, alimentação pesada, utilização de drogas, entre outros; os stressores cognitivos, são vistos como ameaçadores à integridade do indivíduo (físico ou psicossocial) como exemplo a vivência de um assalto, envolvimento numa discussão, seleção a um emprego, exames, entre outros; os stressores emocionais, envolvem sentimentos como perda, medo, raiva, ou acontecimentos como casamento, divórcio, mudanças (de casa, escola, cidade, etc.), situações em que o componente afetivo se faz mais proeminente (Benevides-Pereira, 2002).

A resposta ao stress varia de indivíduo para indivíduo e de contexto para contexto, na medida em que um determinado acontecimento pode deixar um indivíduo muito perturbado e outro indiferente, sendo que algumas circunstâncias, pelas suas características, apresentem uma maior probabilidade de se tornarem nocivas para qualquer indivíduo, a resposta à mesma pode variar muito de caso para caso (Vaz Serra, 2000). Segundo Lazarus (1999, citado por Vaz Serra, 2000, p. 267), a existência de diferenças individuais tão acentuadas significa que a ocorrência só por si, é insuficiente para definir o que é stress, o significado construído pela pessoa sobre o que está a acontecer é o fator crucial para a compreensão dos efeitos e respostas do indivíduo.

De um modo geral, no ambiente profissional, os indivíduos são expostos a uma série de estímulos que podem contribuir significativamente para o aparecimento de um conjunto de sintomas que são classicamente associados ao stress ocupacional. Este surge quando as exigências do ambiente de trabalho excedem a capacidade do trabalhador de fazer face a essas exigências, sendo aqui o foco as causas relacionadas com o trabalho e as medidas de controlo necessárias (AESST, 2000). A OIT considera o stress ocupacional como resultante da organização do trabalho, desenho do trabalho e relações laborais, e ocorre quando as exigências do trabalho não combinam ou excedem as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador, ou quando os conhecimentos e competências individuais ou do grupo não coincidem com as expectativas da cultura organizacional (ILO, 2016).

Cooper e Marshall (1976, citado por Balassiano et al, 2011) definiram cinco principais fontes de stress organizacional, que são os fatores intrínsecos ao trabalho, o papel na organização, as possibilidades de desenvolvimento de carreira, os relacionamentos no trabalho e a estrutura e clima organizacional. A estes fatores ainda devem ser adicionados os relativos às características individuais da pessoa (ex: personalidade, sedentarismo, idade, hábitos alimentares) e às características do contexto sociofamiliar (ex: apoio familiar, redes de sociabilidades), já que também podem potenciar ou atenuar os efeitos dos stressores.

O stress relacionado com o trabalho pode trazer repercussões tanto para a organização como para o individuo e seu quadro sociofamiliar. Para a organização poderão surgir sintomas ao nível da participação como o absentismo, elevado nível de rotação do pessoal, desrespeito do horário de trabalho, problemas disciplinares, assédio, comunicação agressiva, isolamento; ao nível do desempenho, poderá surgir diminuição da produção ou da qualidade do produto ou do serviço prestado, acidentes, deficiente tomada de decisões e erros; ao nível de custos, despesas maiores com compensações ou despesas de saúde mais elevadas, recurso aos serviços de saúde. (AESST, 2002a). Para o individuo, ao nível do comportamento, poderão haver problemas de consumo de álcool, tabaco ou drogas, violência, assédio moral; ao nível de transtornos psicológicos, ansiedade, depressão, impossibilidade de concentração, irritabilidade, problemas no relacionamento familiar, transtorno do sono, esgotamento; ao nível da saúde, problemas lombares, problemas cardíacos, úlceras pépticas, hipertensão arterial, sistema imunológico debilitado (AESST, 2002a).

As atividades dos profissionais de saúde são fortemente propícias a muitas das tensões mencionadas, fruto da exigência das profissões e dos modelos de organização do trabalho. Aspetos como o trabalho por turnos, as longas jornadas de trabalho, o número limitado de profissionais e o desgaste psicoemocional são exemplos práticos (Grubits & Guimarães, 2004). Tal como refere a OIT, o sector da saúde é dos sectores onde existe maior prevalência de stress ocupacional. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, representam uma classe que diariamente vivencia elevados níveis de pressão, existindo uma vivência direta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo de doença (Santos & Teixeira, 2009). Habitualmente, é solicitado aos enfermeiros, o desempenho de diferentes e variadas tarefas, por vezes ao mesmo tempo e todas em tempo útil. Logo, a falta de clareza quanto às tarefas a desempenhar, o desconhecimento de algumas delas, a pressão exigida para que todos os cuidados sejam eficazes e prontamente prestados, a necessária, exigente e rápida tomada de decisão, são sem dúvida agentes de stress que em algumas situações se podem tornar patológicas (Alves, 2011). A exposição a situações crónicas de stress pode levar ao aparecimento do *burnout*, outro tipo de risco psicossocial que tende a assumir grande relevo no contexto das profissões em saúde.

2.2. *Burnout*

O termo *Burnout* provém da língua inglesa e refere-se àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, tendo a investigação sobre este problema aumentado exponencialmente desde a década de 1970 (Benevides-Pereira, 2002). Para Gallego e Ríos (1991), o termo refere-se à uma disfunção psicológica que surge com maior frequência entre os trabalhadores cujo trabalho se desenrola diretamente com pessoas, resultando de altos níveis de tensão, frustração e atitudes inadequadas para lidar com situações de conflito e grande exigência emocional, envolvendo um custo pessoal, organizacional e social importante. O síndrome de *Burnout* desenvolve-se de forma lenta em resposta ao stress ocupacional crónico, onde existe uma exposição prolongada e contínua a stressores interpessoais e aos demais fatores de stress no local de trabalho (Grazziano, 2008).

Maslach e Jackson (1981, citado por Santini, 2004) definem o *Burnout* como uma síndrome de exaustão emocional que ocorre frequentemente entre indivíduos que ocupam um posto de trabalho, existindo um aumento dos sentimentos de exaustão emocional, pelo esgotamento progressivo dos seus recursos emocionais, levando a que os mesmos deixem de ser capazes de se entregar a nível psicológico, desenvolvendo ainda atitudes e sentimentos negativos sobre o trabalho e tudo o que o envolve. Estes mesmos autores referem, ainda, que o fenómeno é progressivo e tem três dimensões principais: a exaustão emocional, relativa a um sentimento de esgotamento de

recursos, tendo como maior causa a sobrecarga e o conflito pessoal nas relações de trabalho; a despersonalização, que reflete-se num maior distanciamento no trato com clientes, colegas e a própria instituição; e a diminuição da realização pessoal no trabalho, onde as pessoas se sentem infelizes com elas próprias e insatisfeitas com o seu desenvolvimento profissional.

Pode-se dividir os antecedentes ou causas do *burnout* em fatores pessoais e fatores situacionais. Nos fatores pessoais, Queiroz, Gonçalves e Marques (2014, p.180) realçam características individuais como a idade (tende a surgir mais no início da carreira ou a meio com o esgotar dos recursos), género (as mulheres revelam mais exaustão emocional e os homens mais despersonalização), habilitações (quanto mais elevadas maior risco, em parte devido às responsabilidades das funções), estado civil (quem não tem parceiro regular tende a ter mais, fruto do menor suporte social), filhos (menor risco com a existência de filhos, devido ao maior investimento familiar) e personalidade (maior risco para pessoas introvertidas, com estratégias de *coping* passivas, pessimistas, perfeccionistas, etc.). Nos fatores situacionais, os mesmos autores referem, a título de exemplo, características de trabalho como o tipo de ocupação (maior risco quando a atividade implica lidar com pessoas e sobretudo cuidar delas), tempo de serviço (equiparável à influência de idade), trabalho por turnos (maior risco porque os ritmos biológicos da pessoa ficam afetados, diminuindo capacidade de recuperação dos desgastes), sobrecarga da tarefa (maior risco com mais quantidade, pressão ou complexidade das tarefas), relacionamento e tipo de cliente (maior risco quando são mais exigentes ou conflituosos), relacionamento com colegas ou supervisores (maior risco se o ambiente de trabalho for mau) (Queiroz, Gonçalves & Marques, 2014, p.180). Este tipo de fatores inclui ainda características organizacionais tais como o ambiente físico perigoso ou pouco saudável, alterações frequentes das políticas da instituição, normas rígidas ou pouca autonomia, clima social de desconfiança ou desrespeito, muita burocracia, poucas recompensas, pouco prestígio e significado social da profissão (Queiroz, Gonçalves & Marques, 2014).

O *Burnout* foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um risco ocupacional para profissionais de saúde, educação e serviços assistenciais, podendo levar à doença física e psíquica com repercussões negativas ao nível do trabalho dos profissionais, com consequências nas organizações ao nível do absentismo e aumento de conflitos interpessoais (Grazziano, 2008). Os profissionais com síndrome de *burnout* apresentam níveis elevados de exaustão emocional, procuram um maior distanciamento dos clientes e colegas, tratando as pessoas como “coisas” (Grazziano, 2008). A insatisfação e a exaustão comprometem, assim, a qualidade do trabalho realizado, originando conflitos, aumento de erros, falta de humanização no atendimento e insatisfação dos utentes (Grazziano, 2008). Todo o trabalho relacionado com o cuidado de pessoas e que se encontra sempre presente o conflito vida/morte, em conjunto com as dificuldades económicas e sociais da categoria e da sociedade, expõem o profissional a desenvolver o síndrome de *Burnout*, levando este à demissão do emprego, à mudança de atividade profissional ou à entrada em esgotamento (Bianchi, 1990).

2.3. Outros riscos psicossociais

Existem diversos outros tipos de riscos psicossociais. Acabou por atribuir maior relevo ao stresse e ao síndrome de *burnout* por serem muito associados às atividades em saúde. Logo, terão especial atenção neste estudo, para se perceber se se mantém essa tendência. Contudo, muitos outros fatores de risco podem persistir e também foram tidos em conta na presente investigação. Por exemplo, Leite e Uva (2007) referem a existência de várias características do ambiente e da organização do trabalho como potenciais fontes de fator de risco psicossocial, apontando, assim,

para a cultura organizacional e a função, ambiguidade de papel, o conflito de papéis, funções atribuídas insuficientes, o encargo por pessoas, a insegurança no trabalho, a falta de participação na tomada de decisão, as deficientes relações com os superiores, subordinados ou colegas, a exposição à violência no trabalho, a relação casa-trabalho, o trabalho por turnos e o trabalho noturno.

Na mesma linha, Pinho (2008) indica que os riscos psicossociais podem relacionar-se com o conteúdo do trabalho, a carga e ritmo do trabalho, o horário de trabalho, o ambiente, a função organizacional, as relações interpessoais no trabalho, o papel na organização, o desenvolvimento da carreira e interação trabalho-casa. Para este autor, as más condições no trabalho como a falta de espaço, pouca iluminação, ruído excessivo ou temperaturas elevadas podem dificultar a capacidade de concentração dos trabalhadores (Pinho, 2015). As questões relacionadas com o horário de trabalho (os turnos noturnos, trabalho aos domingos, horários de trabalho rígidos e inflexíveis, horas imprevisíveis e horas longas ou que não permitam a socialização) são vistos como pouco compatíveis com a preservação do bem-estar e influenciam a disponibilidade temporal e emocional para as relações da esfera pessoal e familiar (Pinho, 2015). A insegurança contratual, as baixas perspectivas de desenvolvimento da carreira, o desajustamento remuneratório, o papel na organização é incompatível com as suas competências e capacidades, entre outros aspetos, podem refletir condições precárias de trabalho (Neto, 2015 e 2019).

3. Abordagem Metodológica

Neste ponto são descritas as etapas e os métodos utilizados no sentido de atingir os objetivos previamente definidos no trabalho, com base nos conceitos centrais de riscos e fatores de risco psicossociais em profissionais de saúde. Assim sendo, a abordagem metodológica adotada para a realização deste trabalho dividiu-se nas seguintes etapas:

- 1º Seleção da Unidade de Cuidados Continuados, da atividade profissional e da amostra para caracterizar os riscos psicossociais. A amostra é constituída por 22 profissionais, entre os quais 13 enfermeiros e 9 auxiliares de ação direta que exercem a sua atividade na unidade de Cuidados Continuados selecionada.
- 2º Acesso ao site do Centro Social que a integra, para recolha de informação sobre o funcionamento da mesma.
- 3º Aplicação do Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho (Neto, 2013), aos profissionais de Saúde (enfermeiros e auxiliares de saúde) a laborar na Unidade.
- 4º Tratamento, sistematização, apresentação e discussão de resultados.

3.1. Caracterização do objeto de estudo

As unidades de cuidados continuados têm como objetivo estratégico a existência de respostas mais adequadas às necessidades da população, bem como prestar melhores serviços de apoio continuado a pessoas que se encontrem em situação de maior fragilidade, doença crónica e ainda servir de apoio à recuperação do período pós-internamento hospitalar (Nogueira, 2009). A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, com o intuito de promover um novo nível de cuidados, de âmbito multidisciplinar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013). Foi criada em 2006, como resposta a uma população envelhecida e portadora de patologias crónicas múltiplas (Direção-Geral da Saúde, 2015), e às novas necessidades sociais e de saúde decorrentes do aumento crescente da esperança média de vida e do consequente aumento do envelhecimento da população, da prevalência continuada de situações de cronicidade múltipla, de incapacidade, de pessoas com doença incurável

em estado avançado e em fase final de vida e das alterações na organização e dinâmicas familiares com o isolamento dos idosos (Lopes et al., 2010).

Os Cuidados Continuados Integrados podem ser definidos como um conjunto de intervenções de saúde e/ou apoio social, que se centram na recuperação global do indivíduo, entendido como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a sua autonomia, melhorando a funcionalidade em caso de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009a). A unidade estudada integra um centro social de uma paróquia que considera, ainda, outras valências de proximidade e apoio aos grupos mais frágeis da sociedade, como apoio domiciliário e estrutura residencial para pessoa. Baseia-se numa visão de responder, de forma sustentada, às necessidades sociais da população, o serviço de cuidados continuados foca-se no apoio à convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situações de dependência.

Estas intervenções integradas de saúde e apoio social visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Destina-se a todos os cidadãos que deles necessitem, nomeadamente pessoas de todas as idades com dependência funcional, pessoas com doença crónica e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Os tratamentos de saúde são assegurados sem custos para o cidadão. Apenas os custos relativos aos cuidados de apoio social são cobrados, quando se justificar, em função dos rendimentos do utente. O internamento em unidades de convalescença e em unidades de cuidados paliativos não tem custos para o utente. Nos casos de permanência em unidades de internamento de média e de longa duração os custos dependem da capacidade económica de cada utente e família.

A Unidade de Cuidados Continuados de Média e Longa Duração deste centro social é constituída por um total de 44 colaboradores, entre os quais 25 enfermeiros e 19 auxiliares. Como nem todos os profissionais estavam presentes na instituição no período de recolha, apenas foram colocados à disposição 35 questionários. Foi possível validar um total de 22 questionários, que corresponde a uma taxa de participação de cerca 63%. O questionário não permitia a identificação dos respondentes, e para reforçar a componente da confidencialidade, foi disponibilizada uma caixa fechada para que os colaboradores pudessem depositar os questionários depois preenchidos.

3.2. Instrumento de recolha de dados

Neste estudo foi utilizado o Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho (Neto, 2013). O instrumento é composto por dois blocos. Tendo uma componente constituída com questões da versão média do COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire), com o intuito de se captar a perceção dos profissionais sobre a sua exposição a um conjunto de situações potenciadoras de fator de risco psicossocial relacionado com o trabalho; a segunda componente considera questões de natureza socioprofissional. Ficando o questionário com a seguinte estrutura:

Bloco A: COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) versão média, desenvolvido em 2000 por uma equipa de pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde Ocupacional na Dinamarca, e validada para Portugal por Silva et al. em 2011;

Bloco B: Composto por questões de natureza socioprofissional e pessoal inclui informação sobre a idade, o estado civil, o género, número de filhos, a profissão, a prática de exercício físico, número de horas que dedica a atividades domésticas, número médio de horas de trabalho diário, o sistema de rotação de turnos, se tem problemas em dormir, e uma escala para assinalar o nível geral de

cansaço que sentem antes e depois de uma jornada de trabalho (Indicador Bipolar de Fadiga Percebida - Neto, 2013) (Neto, 2019b).

O instrumento utilizado para determinação dos fatores de riscos psicossociais foi o COPSOQ, uma ferramenta que reúne consenso internacional quanto à sua validade, pela sua abrangência e compreensibilidade. Os resultados da aplicação do COPSOQ devem ser encarados como oportunidades para identificar potenciais áreas de risco a melhorar na organização do trabalho, sendo uma estratégia eficaz de diagnóstico, que necessariamente antecede uma prevenção adequada e efetiva (Silva et al, 2014). É um questionário individual e que avalia apenas a exposição do trabalhador a fatores de risco para a saúde de natureza psicossocial.

Este instrumento de recolha de dados, aborda várias dimensões do local de trabalho, nomeadamente as exigências do trabalho, organização e conteúdo do trabalho, relações interpessoais e liderança, trabalho e vida privada, valores no local de trabalho, comportamento ofensivo e saúde e bem-estar. Destina-se a avaliar os fatores psicossociais no trabalho, saúde e bem-estar dos trabalhadores, e compreende três versões, uma versão curta, uma versão média, e uma versão longa. Neste estudo foi utilizada a versão média do COPSOQ, validada para Portugal por Silva et al. em 2001, e é destinada ao uso por profissionais de segurança e saúde ocupacional. Inclui dimensões psicossociais com evidência epidemiológica de relação com a saúde, dimensões que medem indicadores de exposição aos fatores de risco psicossocial e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e stress) (Kristensen et al., 2005; Silva et al, 2014).

É composto por 76 itens pertencentes a 29 escalas que representam 7 domínios: Exigências no Trabalho, Organização e Conteúdo no Trabalho, Relações Interpessoais e Liderança, Interface Trabalho e Vida Privada, Valores no Local de Trabalho, Saúde e Bem-Estar e Comportamento Ofensivo. Os itens são avaliados numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1 - Nunca/quase nunca, 2 - raramente, 3 - às vezes 4 - frequentemente e 5 - sempre). Na versão portuguesa, a cotação das respostas obedece a estes valores, podendo cada item ser cotado de 1 a 5 pontos no sentido direto ao da resposta assinalada. Os itens 42 e 45 são os únicos invertidos por terem um sentido oposto aos restantes itens do mesmo fator (Silva et al, 2014).

4. Apresentação dos resultados

O estudo incidiu sobre as classes com maior representatividade, nomeadamente enfermeiros e auxiliares de ação médica. A amostra obtida é constituída por 22 colaboradores, que aceitaram responder ao questionário, destes 13 são enfermeiros e 9 são auxiliares.

Os auxiliares são todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 52 anos, sendo a média de idades nos 39,9 anos. Relativamente ao estado civil, 66,67% são casadas, 11,1% solteiras e 22,2% divorciadas. No que toca ao número de filhos que cada uma tem, 11,1% não tem filhos, 44,4% tem 1 filho, 22,% tem 2 filhos e 22,2% tem 3 filhos. Todas realizam atividades domésticas diariamente. Nos últimos três meses dedicaram, em média, cerca de 20 horas por semana às atividades domésticas. Apenas 22,2% pratica atividade física com regularidade, nomeadamente ginásio. Trabalham em média 9,4 horas diárias, tendo por referência os últimos três meses. Cerca de 66,7% das auxiliares fazem turnos e todas estão satisfeitas com o sistema de rotação de turnos.

Tendo como referência os últimos três meses, 33,3% referem ter sofrido alguma lesão nomeadamente contraturas e tendinites. 55,6% referem ter problemas em dormir, porque têm dificuldade em adormecer, devido à ansiedade e/ou por dor nas pernas. Em média, o nível geral de cansaço que sentem antes de uma jornada de trabalho é de 4,4 e no final da jornada de trabalho é de

8,1 numa escala de 0 a 10, em que 0 representa nada cansaço e 10 extremamente cansaço (Quadro 1).

Quanto aos enfermeiros, apenas 7,7% é do sexo masculino, sendo 92,3% do sexo feminino. Têm idades compreendidas entre os 23 e os 36 anos, sendo a média de idades de 28,4 anos. Relativamente ao estado civil, 69,2% são solteiros e 30,8% são casados. No que toca ao número de filhos que cada um tem, 61,5% não tem filhos, 30,8% tem 1 filho e 7,7% tem 2 filhos. Cerca de 53,9% referem que realizam atividades domésticas diariamente, enquanto que 46,1% pratica em apenas alguns dias da semana, e dedicaram em média, nos últimos 3 meses, 11,6 horas / semana a essas mesmas atividades. Cerca 30,8% praticam exercício físico regular, nomeadamente ginásio. Trabalham em média 8,7 horas diárias, tendo por referência os últimos 3 meses. 15,4% dos enfermeiros não faz turnos, 38,5% faz e diz que está satisfeito com o sistema de rotação de turnos praticado e 46,2% diz que faz turnos, mas está insatisfeito com o sistema aplicado.

Nenhum dos enfermeiros refere ter sofrido alguma lesão nos últimos 3 meses. No concerne aos problemas em dormir, apenas 7,7% refere problemas a esse nível e diz que isso acontece quando troca de turno. Em média, o nível médio geral de cansaço que sentem antes de uma jornada de trabalho é de 2,3 e no final da jornada de trabalho é de 6,8, evidenciando valores inferiores aos dos auxiliares.

Os dados detalhados do Indicador Bipolar de Fadiga Percebida estão dispostos no Quadro 1, onde é possível verificar que o indicador revela um maior nível de fadiga manifestada nos auxiliares de saúde. O nível de cansaço à entrada do dia de trabalho é aceitável na grande maioria dos enfermeiros (84,6%), sendo moderado na maioria dos auxiliares (77,8%). Depois do dia de trabalho, a maioria dos enfermeiros manifesta um desgaste moderado ou aceitável, enquanto nos auxiliares, a incidência é elevada ou até mesmo intolerável.

Quadro 1 – Indicador Bipolar de Fadiga Percebida

	Enfermeiros		Auxiliares	
FADIGA ANTES	n	%	n	%
Nível baixo de desgaste (0-3) (aceitável)	11	84,6	1	11,1
Nível moderado de desgaste (4-5)	0	0,0	7	77,8
Nível elevado de desgaste (6-7)	2	15,4	1	11,1
Nível intolerável de desgaste (8-10)	0	0,0	0	0,0
TOTAL				
FADIGA DEPOIS	n	%	n	%
Nível baixo de desgaste (0-5) (aceitável)	3	23,0	1	11,1
Nível moderado de desgaste (6-7)	4	30,8	2	22,2
Nível elevado de desgaste (8-9)	5	38,5	4	44,5
Nível intolerável de desgaste (10)	1	7,7	2	22,2
TOTAL	13	100%	9	100%

O Quadro 2 sistematiza os principais resultados obtidos com o COPSOQ, em termos de estatística descritiva. Apresenta-se a média e o desvio padrão das respostas ao instrumento, por classe profissional. A média permite identificar o valor onde se concentram os dados, ou seja, o ponto de equilíbrio das frequências. O desvio padrão indica o quanto um conjunto de dados é uniforme, sendo que, quanto mais próximo do zero (0), mais homogêneas são as respostas.

Quadro 2 – Resultados das subescalas do COPSOQ

Subescalas	Enfermeiros				Auxiliares			
	Média	Desvio padrão	Min.	Máx.	Média	Desvio padrão	Min.	Máx.
Exigências Quantitativas	2,46	0,87	1	5	2,07	1,02	1	4
Ritmo de Trabalho	3,38	1,08	1	5	3,11	0,87	2	5
Exigências cognitivas	4,23	0,77	3	5	3,33	1,56	1	5
Exigências emocionais	4,31	0,61	3	5	4,22	0,79	3	5
Influência no trabalho	2,62	1,27	1	5	1,81	1,24	1	5
Possibilidades de desenvolvimento	4,31	0,65	3	5	3,63	1,22	1	5
Previsibilidade	3,04	0,85	1	4	3,72	1,45	2	5
Transparência do papel laboral desempenhado	4,41	0,75	3	5	4,52	0,96	1	5
Recompensas	3,79	0,88	2	5	4,44	1,03	1	5
Conflitos Laborais	3,10	0,78	1	5	2,44	0,83	1	4
Apoio Social de colegas	3,95	0,81	2	5	3,08	1,14	1	5
Apoio Social de Superiores	3,21	0,85	2	5	2,78	1,26	1	5
Comunidade Social no Trabalho	3,92	0,66	3	5	3,85	0,65	3	5
Qualidade da liderança	3,65	0,94	1	5	4,08	1,11	1	5
Confiança horizontal	2,64	0,99	1	5	2,63	0,99	1	5
Confiança Vertical	3,54	1,06	1	5	4,11	1,23	1	5
Justiça e respeito	3,46	0,96	2	5	3,78	1,03	1	5
Autoeficácia	3,73	0,81	2	5	3,44	0,96	1	5
Significado do Trabalho	4,67	0,52	3	5	4,78	0,50	1	5
Compromisso face ao local de trabalho	3,50	1,01	1	5	3,33	1,41	2	5
Satisfação no trabalho	3,77	0,77	2	5	4,08	0,76	2	5
Insegurança Laboral	3,00	1,41	1	5	3,33	1,33	1	5
Saúde Geral	2,38	0,74	1	4	3,22	0,63	2	4
Conflito Trabalho/Família	2,90	0,90	1	5	2,78	1,20	1	5
Problemas em dormir	2,40	0,91	1	4	3,17	0,99	1	5
Burnout	2,59	0,68	1	4	3,33	0,67	2	4
Stress	2,48	0,83	1	4	3,22	0,79	2	5
Sintomas depressivos	1,63	0,73	1	3	2,94	0,70	2	4
Comportamentos ofensivos	1,12	0,32	1	2	1,06	0,23	1	2

As Figura 1 e 2 complementam a análise do quadro, sistematizando e classificando a exposição à dimensão psicossocial em análise, como sendo favorável, moderadamente problemática ou situação de risco. No quadro obtém os valores médios e respetivos desvios, nos grafismos obtém a distribuição percentual respostas por nível de risco para a saúde da exposição evidenciada. Esta divisão tripartida assume uma interpretação do tipo “semáforo”, mediante o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão representa, nomeadamente: verde (situação favorável para a saúde), amarelo (situação intermédia) e vermelho (risco para a saúde). Teve-se e conta os itens em que o sentido está invertido, mas também foi interpretada o significado da subescala, uma vez que, para algumas questões, 1 e o 2 correspondem a baixo risco para a saúde e noutras é o 4 e o 5 que agregam essa baixa exposição.

Enfermeiros

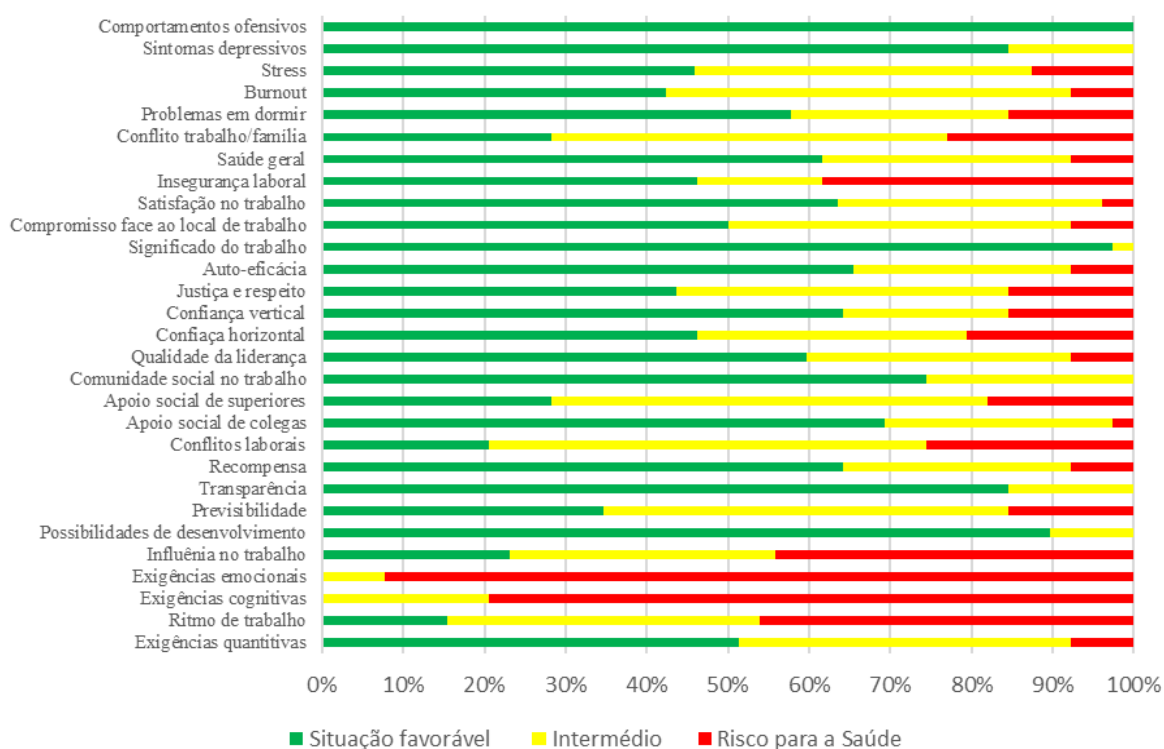


Figura 1 – Exposição às dimensões psicossociais de risco dos enfermeiros

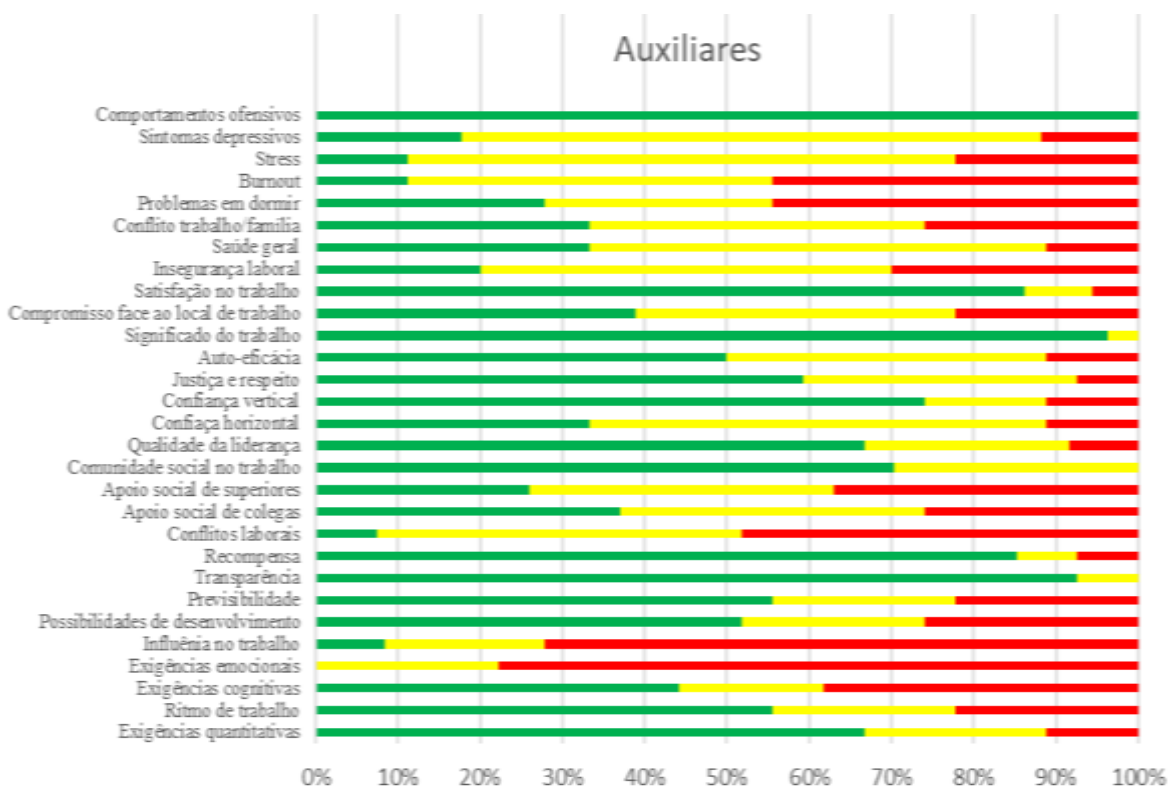


Figura 2 – Exposição às dimensões psicossociais de risco dos auxiliares

Os dados evidenciam que apesar de uma grande percentagem de enfermeiros (46%) e auxiliares (22%) considerarem que têm que manter um ritmo de trabalho bastante rápido, conseguem, na maioria das vezes, completar todas as tarefas do seu trabalho e sem necessidade de fazerem horas extra. Do ponto de vista das exigências cognitivas, denota-se que tanto os enfermeiros (80%) como os auxiliares (49%) têm consciência de que a sua profissão exige deles muita atenção e tomada de decisões difíceis constantemente. Quanto às exigências emocionais, 92% dos enfermeiros e 78% dos auxiliares referem que frequentemente o trabalho exige emocionalmente de si.

Averiguando as respostas à influência no trabalho e possibilidade de desenvolvimento, percebe-se que tanto os enfermeiros (44%) como os auxiliares (72%) referem a pouca influência no trabalho, na escolha das pessoas com quem trabalham e na quantidade de trabalho que lhes compete. Quanto às possibilidades de desenvolvimento, 90% dos enfermeiros e 52% dos auxiliares referem que o seu trabalho exige frequentemente iniciativa, permitindo-lhes aprender coisas novas e usar as suas habilidades e perícias. No que se refere às recompensas, a grande maioria considera que é respeitado, tratado de forma justa e frequentemente o seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência (64% dos enfermeiros e 85% dos auxiliares).

No que toca a conflitos laborais, as opiniões dividem-se, se por um lado, apenas 25% dos enfermeiros refere ter que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira e muitas vezes desnecessárias, por outro, 48% dos auxiliares, ou seja, praticamente metade dessa amostra refere ter que o fazer frequentemente. Em termos de apoio social de colegas, 69% dos enfermeiros e 37% dos auxiliares considera que frequentemente têm ajuda e apoio dos colegas e que estes estão dispostos a ouvi-lo sobre os seus problemas de trabalho e falam acerca do seu desempenho laboral. Relativamente ao apoio social de superiores, 54% dos enfermeiros e 37% dos auxiliares consideram que ocasionalmente sentem apoio e ajuda por parte do seu superior imediato e falam consigo relativamente ao seu desempenho laboral. Em termos de comunidade social no trabalho, 74% dos enfermeiros e 70% dos auxiliares referem que existe um bom ambiente de trabalho e cooperação entre colegas.

Quanto à qualidade de liderança, em relação à chefia direta, 60% dos enfermeiros e 67% dos auxiliares considera que, frequentemente, são bons a resolver conflitos, bons no planeamento do trabalho, dão prioridade à satisfação no trabalho e oferecem ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento. No que diz respeito à confiança horizontal, 46% dos enfermeiros e 33% dos auxiliares referem que raramente os funcionários ocultam informações uns aos outros ou à gerência, e que, de um modo geral, confiam uns nos outros. No que toca à confiança vertical, 64% dos enfermeiros e 74% dos auxiliares referem que a gerência confia no seu trabalho, que confiam na informação que é transmitida pela gerência e que a gerência não oculta informação aos seus funcionários. Em relação à justiça e respeito, 44% dos enfermeiros e 59% dos auxiliares referem que os conflitos são resolvidos de forma justa, e que as sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência e que o trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários.

À cerca da autoeficácia, 65% dos enfermeiros e 50% dos auxiliares referem ser frequentemente capazes de resolver problemas se tentarem o suficiente, e que frequentemente é fácil atingir os seus objetivos. Quanto ao significado do trabalho, 97% dos enfermeiros e 96% dos auxiliares consideram que o seu trabalho tem significado, sentem que o seu trabalho é importante, estão motivados e envolvidos com o trabalho. Cerca de 38% dos enfermeiros e 33% dos auxiliares referem que gostam de falar com outros sobre o seu local de trabalho e sentem que os problemas do seu local de trabalho são seus também. Relativamente à satisfação no trabalho, 63% dos enfermeiros e 86% dos auxiliares referem estar satisfeitos com as suas perspetivas de trabalho, com

as condições físicas do seu local de trabalho, na forma como as suas capacidades são utilizadas, e com o seu trabalho de uma forma global.

No que diz respeito ao modo como o trabalho afeta a vida pessoal e familiar, apenas 23% dos enfermeiros e 25% dos auxiliares sentem que o trabalho frequentemente lhes exige muita energia e tempo que acaba por afetar a vida privada negativamente. Relativamente a problemas em dormir, apenas 15% dos enfermeiros referem ter problemas em dormir enquanto que 44% dos auxiliares referem que frequentemente tem problemas em dormir e apontam a ansiedade como principal fator. Cerca de 44% dos auxiliares e 8% dos enfermeiros referem estar fisicamente e emocionalmente exaustos. No que diz respeito aos sintomas de stresse, apenas 11% dos enfermeiros e 22% dos auxiliares referem estar frequentemente irritados e ansiosos. Relativamente a sintomas depressivos, 84% dos enfermeiros refere que quase nunca vivencia sentimentos de tristeza e falta de interesse por coisa quotidianas, já os auxiliares 66% refere que às vezes vivencia este tipo de sentimentos. Tanto os enfermeiros como os auxiliares são unânimes quando questionados relativamente aos comportamentos ofensivos, uma vez que 100% quer dos enfermeiros, quer dos auxiliares referem que nunca ter sido alvo de insultos ou provocações verbais, assédio sexual, ameaças de violência ou violência física.

5. Discussão dos resultados

Tendo em conta a análise dos questionários, no âmbito da carga de trabalho e suas exigências, conseguiu-se apurar que, embora estes profissionais consigam dar resposta à carga de trabalho a que estão sujeitos, o ritmo de trabalho é exigente e representa um risco efetivo para a saúde dos enfermeiros e auxiliares. Ambas as atividades são muito exigentes do ponto de vista emocional e/ou cognitivo, sendo considerada, neste estudo, como a situação mais frequentemente sentida como stressante. O stresse ocupacional pode ser causado por fortes exigências emocionais no trabalho (EU-OSHA, 2007), acompanhadas pelo aumento do assédio moral e violência, em particular no setor da saúde (EU-OSHA, 2007). Neste estudo, não se verificou indícios de comportamentos ofensivos, dado que 100% dos enfermeiros e 100% dos auxiliares referem nunca ter sido alvo de insultos ou provocações e nunca estiveram expostos a assédio sexual, expostos a violência ou ameaças de violência. Ainda assim, relativamente ao stresse, apenas 11% dos enfermeiros encontram-se numa situação de risco elevado para a saúde e 8% encontram-se em risco elevado de desenvolver síndrome de *Burnout*. Já os auxiliares, relativamente ao stress, apresentam uma percentagem relativamente superior, uma vez que 22% se encontram numa situação de risco elevado e 44% em risco elevado de desenvolver síndrome de *burnout*.

Esta diferença pode ser explicada pelo facto de a equipa de auxiliares ser, em média, mais velha do que a equipa de enfermeiros, e, por conseguinte, uma grande percentagem das mesmas é casada (66%), com filhos (44,44% tem 1 filho; 22,22% tem 2 filhos e 22,22% tem 3 filhos), e têm necessidade de se dedicarem, em média, mais horas a atividades domésticas (20 horas). Já a equipa de enfermagem é mais jovem, sendo maioritariamente solteiros (69%), sem filhos (61%) e dedicam menos horas por semana a atividades domésticas (11 horas). As tarefas domésticas representam uma tensão e um esforço adicional, principalmente se existir dificuldade em conciliar o horário de trabalho e a vida pessoal e familiar. Essa dificuldade evidencia-se quando se compara o nível médio de cansaço antes de uma jornada de trabalho, numa escala de 0 a 10, em que 0 representa nada cansaço e 10 extremamente cansaço, nos enfermeiros, que são maioritariamente solteiros e sem filhos, é de 2, já nos auxiliares, maioritariamente casados e com filhos, é de 4. O trabalhador pode

enfrentar exigências laborais e familiares conflitantes, podendo ser um desafio conseguir conciliá-las, o que pode levar a conflitos de tempo, compromisso e apoio (Gil-Monte, 2009).

O nível de stresse também pode ser influenciado pelo nível de controlo que o próprio possui sobre a carga e o ritmo de trabalho. O nível de stresse de uma pessoa pode ser influenciado pelo nível de controlo que essa pessoa possui sobre a carga e o ritmo de trabalho (Gil-Monte, 2012). Neste estudo, tanto os enfermeiros (44%) como os auxiliares (72%) referem ter pouca influência na quantidade de trabalho e o tipo de tarefas que lhes compete. Nesta unidade de saúde também se evidenciou baixos níveis de *burnout*, apesar da elevada carga física, emocional e cognitiva com que contactam diariamente estes profissionais, quer na prestação de cuidados aos utentes quer com as solicitações dos familiares dos utentes, e, ainda, tendo em conta o elevado ritmo de trabalho associado a ambas as categorias profissionais.

Nesta unidade de saúde encontraram-se baixos níveis de *burnout*, em parte influenciados pelo bom ambiente de trabalho, o espírito de companheirismo e entreajuda, o trabalho em equipa e a comunicação entre os profissionais. Isto porque, apesar da vivência direta e diária do processo de dor, sofrimento, desespero, incompreensão e irritabilidade, tradicionalmente desencadeado pelo processo de doença e morte, a qualidade do ambiente e relações de trabalho podem funcionar como um amortecedor do stresse e, conseqüentemente, do *burnout* (Santos & Teixeira, 2009). Também a presença de justiça e de respeito entre os colegas de trabalho é crucial para o sentimento de comunidade e para um bom ambiente de trabalho.

Quando existe salários desiguais para o mesmo cargo, ascensão de colegas sem merecimento e desigualdade na carga de trabalho, perde-se a confiança numa organização que não mostra imparcialidade no tratamento dos trabalhadores (Maslach & Leiter, 1997). Neste estudo, os profissionais, enfermeiros (59%) e auxiliares (43%) sentem que são frequentemente ou sempre tratados de forma justa, e na maioria das vezes o trabalho é distribuído igualmente pelos funcionários. A gerência apoia e tenta resolver os conflitos de forma justa. As más condições de trabalho estão, muitas vezes, associadas a baixos níveis de apoio e ausência de estímulo para a resolução de problemas e desenvolvimento pessoal (Leka et al., 2010). O apoio e feedback positivos (quer por parte de colegas e por superiores, quer apoio social e apoio direto à profissão) podem ajudar as pessoas a superar as dificuldades, pois, assim, têm maior probabilidade de serem capazes de lidar com elevados níveis de pressão e exigência, predizendo a satisfação com o trabalho (Silva & Ferreira, 2013).

Os riscos psicossociais também podem advir da insatisfação dos trabalhadores quando percebem que o trabalho não satisfaz as suas necessidades de realização profissional, quando não vai ao encontro dos seus valores ou quando entendem que não é recompensado adequadamente pelo seu esforço (Siegrist, 1996, citado por Loureiro, 2006). Na unidade em estudo, os profissionais sentem que o seu trabalho tem bastante significado e sentem-se motivados e envolvidos no seu trabalho (enfermeiros 97,4%; auxiliares 96,3%). De um modo geral, encontram-se bastante satisfeitos com as suas perspetivas de trabalho e na forma como as suas capacidades são utilizadas, no seu trabalho em geral (enfermeiros 63%; auxiliares 86%). Além disso analisando a subescala recompensas, sentem que o seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência e que a gerência os respeita e trata de forma justa no seu local de trabalho (enfermeiros 64%; auxiliares 85%).

O ambiente psicossocial de trabalho também é influenciado com a má comunicação, a falta de definição ou acordo dos objetivos organizacionais (Leka et al., 2010). Neste estudo, 46% dos enfermeiros e 33% dos auxiliares consideram que quase nunca ou nunca se ocultam informações aos colegas e/ou à gerência e, de um modo geral, confiam uns nos outros. Relativamente à confiança vertical, 64% e 74% dos auxiliares consideram que a gerência confia nos seus

funcionários para fazerem um bom trabalho e não lhes oculta informações, tal como os trabalhadores confiam na informação transmitida pela gerência.

Relativamente ao conteúdo do trabalho, aspetos como os ciclos de trabalhos curtos, o trabalho ser fragmentado e a falta de variedade, monotonia e repetibilidade das tarefas podem ser fonte de sofrimento no trabalho (Pinho, 2015). Mas no estudo realizado na unidade de cuidados continuados, cerca 89% dos enfermeiros refere que trabalho lhe permite frequentemente ou sempre aprender coisas novas e utilizar as suas habilidades e perícias. Reconhecem que a vivência diária de novas situações contribui para a pesquisa e aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências. O mesmo cenário não acontece nos auxiliares.

Questões relacionadas com o horário de trabalho, como o trabalho por turnos, turnos noturnos, trabalho aos domingos, horários de trabalho rígidos e inflexíveis, horários imprevisíveis e/ou longos, influenciam negativamente o bem-estar e interferem com a vida social e familiar dos trabalhadores (Leka et al., 2010). No presente estudo 15,4% dos enfermeiros não faz turnos (parte deles porque assumem cargos de chefia), 38,5% faz e diz que está satisfeito com o sistema de rotação de turnos praticado e 46,2% diz que faz turnos, mas está insatisfeito com o sistema aplicado. Já nos auxiliares, cerca de 66% faz turnos e diz estar satisfeito com o sistema de rotação de turnos aplicado. Ou seja, evidenciou-se um segmento relevante de trabalhadores que faz turnos e não se encontra satisfeito com o modelo em vigor, configurando-se como um fator de risco.

Proteger a saúde psicossocial dos trabalhadores não é somente uma obrigação legal, mas também uma questão ética. Os fatores de risco psicossocial são difíceis de identificar, menos estudados e raramente considerados como causadores de doenças ocupacionais ou relacionadas com o trabalho (Bentes, 2012). É da responsabilidade da entidade empregadora, de acordo com a alínea f) do n.º 15 da Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro, segundo um dos princípios gerais da prevenção: “Assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos e aos fatores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador” (Lei n.º 3/2014, p.555). Intrinsecamente relacionada com análise e avaliação de riscos profissionais prevalece a gestão de riscos identificados, com medidas específicas que definem parâmetros de controlo ou supressão das situações em evidência, que, de acordo com Diretiva 89/391/CEE- artigo 5ª é um dever do empregador. A perceção do risco constitui um contributo essencial que impulsiona a análise e gestão de riscos. Deve, assim, ser definida uma estratégia de gestão de riscos psicossociais que contemple a prevenção

A prevenção dos riscos psicossociais no âmbito laboral envolve a entidade empregadora, os trabalhadores e as equipas de saúde e segurança no trabalho. Para cada fator de risco deve ser desenvolvida uma estratégia de intervenção da responsabilidade do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho e da empresa/estabelecimento no âmbito do processo de gestão do risco profissional. Sugere-se, então, um conjunto de eventuais propostas de intervenção passíveis de serem implementadas no contexto deste estudo, nomeadamente:

- (i) desenvolver o processo de avaliação de riscos psicossociais na organização, envolvendo todo os profissionais e grupos profissionais. A análise de risco efetuada neste estudo pode funcionar como base de estruturação e de teste de instrumentos de identificação de fatores de risco;
- (ii) promover apoio psicológico aos profissionais, de forma a prevenir a instalação de fenómenos como o *Burnout*, uma vez que têm dificuldade na mobilização de mecanismos de *coping* para lidar com as situações vividas no seu quotidiano laboral. Muitas vezes esquecem-se de si para cuidar do outro e não conseguem entender que, por vezes, também precisam de ajuda, sendo por isso fundamental investir na saúde mental da equipa para mantermos uma equipa saudável. Daqui

resultarão cuidados de saúde mais seguros e de maior qualidade, que os pacientes e suas famílias reconhecerão, e ganhos em saúde para pacientes e profissionais;

(iii) organizar os turnos, de forma a permitir a mudança de turno gradual de manhã, tarde e noite, seguido de dias livres para descanso e recuperação do sono, no caso específico do trabalho noturno. Também se recomenda rotações lentas (ex: a cada 2 ou 3 semanas), para facilitar o ajustamento dos ritmos circadianos;

(iv) contemplar períodos breves de pausa para descanso durante os turnos;

(v) comunicar atempadamente os horários para facilitar a organização e gestão da vida pessoal, recomenda-se que sejam fornecidos com, pelo menos, um mês de antecedência;

(vi) adotar uma cultura *family-friendly*, isto é, valorizando a articulação do trabalho com as diferentes esferas da vida, respeitando os direitos de parentalidade e flexibilizando a organização do trabalho;

(vii) incentivar a prática de exercício físico, implementando um programa de ginástica laboral e/ou estabelecendo protocolos com entidades de prática desportiva (ex: ginásios, piscinas, clubes desportivos), de forma a combater o sedentarismo e aliviar tensões causadas pelas atividades do trabalho;

(viii) melhorar o convívio e a interação entre os profissionais, dinamizando atividades de socialização e reforço do sentimento de pertença e do espírito de equipa;

(ix) elaboração de código de conduta e procedimento interno de investigação e resolução de situações de assédio e conflito no trabalho;

(x) implementar programa de formação aos trabalhadores sobre riscos psicossociais relacionados com o trabalho, nomeadamente sobre estratégias de *coping* com situações stressantes.

6. Conclusão

A enfermagem foi classificada pela Health Education Authority (Autoridade de Educação em Saúde) como a quarta profissão mais stressante, no sector público, que tem vindo profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005). Um enfermeiro ou um profissional de saúde exausto, sujeito a uma carga e ritmo de trabalho intenso, em que lhe é exigido uma atuação rápida e eficaz, encontra-se muito mais suscetível ao erro e neste caso, falando em saúde, um erro pode significar a perda de vidas humanas. A realização de avaliação e controlo de riscos psicossociais é fundamental para a manutenção de condições de segurança e saúde dos trabalhadores. A análise das situações que poderão prejudicar os mesmos é, essencial, para se identificar aquilo que é suscetível causar danos, e, por outro lado, procurar eliminar os perigos ou identificar medidas de prevenção ou de proteção que controlem esses riscos.

Uma das dificuldades à realização deste estudo foi a reduzida existência de estudos nesta área dos cuidados continuados e inexistência de um instrumento específico que identifique os fatores de risco psicossocial nos enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde, posto isto, recorreu-se ao COPSOQ. A recolha de dados decorreu sem grandes dificuldades, sendo apenas de referir que não foi possível aplicar a todo o universo, pelo facto de alguns elementos da equipa não se encontrarem no serviço no período de aplicação dos questionários.

Fazer um estudo do ambiente psicossocial de uma organização e/ou fazer a identificação de fatores psicossociais de risco com a implementação algumas medidas não é a mesma coisa que fazer uma avaliação de riscos psicossociais ou implementar uma estratégia integrada de gestão e avaliação de riscos psicossociais no trabalho (Neto, 2019). No presente estudo, apenas foram implementadas as três primeiras etapas do plano de gestão de risco proposto por Neto (2015 e

2019), ou seja, apenas se efetuou parte do procedimento de análise de riscos nesta unidade de cuidados continuados. Contudo, já se obteve uma caracterização relevante do ambiente psicossocial de trabalho de dois grupos e sinalizou algumas oportunidades de melhoria/intervenção que podem ser motivadores da introdução de medidas corretivas/preventivas no que diz respeito aos riscos psicossociais na organização

Os resultados obtidos, permitiram responderam de forma afirmativa à questão de partida, na medida em que, de facto, se evidenciam a presença de riscos psicossociais do trabalho associados às atividades de enfermagem e de auxiliares de saúde desta unidade de cuidados continuados, embora não assumam a mesma magnitude como em outros estudos. Como sugestão final, propõe-se a realização de um estudo global de avaliação de riscos psicossociais, envolvendo também estes mesmos profissionais, podendo, na mesma, desde já, serem equacionadas as medidas propostas, como forma de mitigar efeitos e reduzir o nível de deficiência do sistema interno de segurança e saúde no trabalho.

7. Referências Bibliográficas

- Abranches, S., Murofuse, N., & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre Stress e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, p. 255-261. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421843019>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2000). Stress no Trabalho – Síntese de um relatório da Agência., p 1-2. Retirado de: <https://osha.europa.eu/pt/tools-andpublications/publications/factsheets/8>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002a). Stress relacionado com o trabalho, p. 1-2. Retirado de <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/22/view>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho., p. 1-2. Retirado de: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/74>
- Alves, C. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito. Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Consultado em 12 de Julho de 2019. Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>
- Amaro, A. (2013). A crise e os riscos psicossociais no âmbito de segurança e saúde no trabalho. Em: Riscos Naturais, Antrópicos e Mistos – Homenagem ao Professor Doutor Fernando Rebelo. Ed: Departamento de Geografia. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra.
- Antunes, R. (2000). Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo.
- Areosa, J., Neto, H.V. (2014), Sociedade dos riscos emergentes, In H. V. Neto, J.. Areosa & P. Arezes (Eds.), *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*, Porto: Civeri Publishing. p. 5-23.
- Balassiano, M., Pimenta, R. & Tavares, E. (2011). Estress ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes?. Rio de Janeiro: *Revista de Administração Pública*, p. 751-774. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rap/v45n3/09.pdf>
- Beck, U. (1992) Risk Society. Towards a new modernity. London: Sage.
- Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. (2000). Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. Oeiras: Celta Editora.

- Benevides-Pereira, A. (2002). Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bianchi, E. (1990). Estress em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400011
- Blanch, J. M. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. In J.M. Blanch (Coord.). Teoría de las relaciones laborales: fundamentos. Barcelona: Editorial UOC, p. 13-148.
- Cardoso, M., Hatamoto, C., Santos, A. & Suehiro, A. (2008). Vulnerabilidade ao Estress e Satisfação no Trabalho em Profissionais do Programa de Saúde da Família. *Boletim de Psicologia*, p. 205-218. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v58n129/v58n129a08.pdf>
- Castro, J. & Santos, A. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, p. 675-690. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-82311998000400012&lng=pt&nrm=.pf
- Coelho, A. (2010). Stress na prática de enfermagem – O efeito na qualidade nos cuidados. Curso de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56934/4/trabalho%20projecto%20final.pdf>
- Coutinho, M. C. (2009). Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 12, n. 2, p. 189-202.
- EU-OSHA (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Freitas, L. (2016). Manual de Segurança e Saúde do Trabalho. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Gallego, E. & Ríos, L. (1991). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria. Retirado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>
- Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*, 83(2), p.169-173.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(2), p.237-241.
- Grazziano, E. (2008). Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, Brasil. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-14052009-101907/pt-br.php>
- Grubits, S. & Guimarães, L. (2004). Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo. International Labour Organization (2016). Workplace Stress: A collective challenge. Switzerland. Retirado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
- Jacques, M. G. C. (1996). Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. Trabalho, Organizações e Cultura. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. (Coletâneas da ANPEPP, n. 11). p. 21-26.
- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), p. 97-116.
- Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of work environment and health*, 31 (6), p.438-449.

- Leite, E. & Uva, A. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Revista Saúde & Trabalho – Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, p. 25-42. Retirado de http://publicationslist.org/php/authors.php?a=E_Sacadura-Leite
- Leka, S. & Cox, T. (2010). Psychosocial Risk Management at the Workplace Level (124-132), In S. Leka & J. Houdmont (eds), *Occupational Health Psychology*. Wiley-Blackwell: New Jersey.
- Loureiro, E. M. F. (2006). Estudo da Relação entre o Stress e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Luis, E. & Ramos, S. (2015). Diagnóstico de Riscos Psicossociais e Intervenção numa Indústria Transformadora Portuguesa. *International Journal on Working Conditions*, p.1-2. Retirado de http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.10_Luis&Ramos_p.40.57.pdf
- Malagris, L. & Fiorito, A. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*. Campinas, p. 391-398. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a07.pdf>
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it. San Francisco-US: Jossey-Bass.
- Mcintyre, T. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, p. 193-200. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.12/3091>
- Murofuse, N., Abranches, S. & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino- americana de Enfermagem*, 13(2), p. 255- 261.
- Neto, H.V. (2011). Segurança e saúde no trabalho em Portugal: um lugar na história e a história de um lugar, *International Journal on Working Conditions*, No. 2, pp. 71-90.
- Neto, H. V. (2013). Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho (Documento pedagógico). V.N. Gaia: ISLA.
- Neto, H. V. (2015). Estratégias Organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *International Journal on Working Conditions*, 9, p. 1-21. Retirado de http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.9_HVN.p.1-21.pdf
- Neto, H.V. (2019a). Sebenta Pedagógica da UC de Psicossociologia do Trabalho e Gestão de Riscos Psicossociais, Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, V.N. Gaia: ISLA.
- Neto, H.V. (2019b). Sebenta Pedagógica da UC de Anatomofisiologia e Ergonomia Ocupacional, Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho, V.N. Gaia: ISLA.
- Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho. Coleção RICOT. Porto: Civeri Publishing.
- Organização Internacional do Trabalho (2009). A sua saúde e segurança no trabalho: uma coleção de módulos. Retirado de http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_modulos2.pdf
- Organização Internacional do Trabalho. (2010). Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. 2010. Retirado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf.
- Ovejero, A. B. (2010b). O desemprego e suas consequências. *Psicologia do trabalho em um mundo globalizado: como enfrentar o assédio psicológico e o stress no trabalho*. Porto Alegre: Artmed. p. 77-106.
- Pinho, R. (2015). Fatores de risco/riscos psicossociais no local de trabalho. *Direção Geral de Saúde*, p. 8-15. Retirado de <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-diversos/trabalho-da-rute-pinho1.aspx>

- Queiroz, C., Gonçalves, S. & Marques, A. (2014). Burnout: da conceptualização à gestão em contexto laboral, In Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (Eds). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Coleção RICOT. Porto: Civeri Publishing. p.172-192.
- República de Portugal (2009). Lei n.º 102/2009. (2009). Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República*, 1ª Série, N.º 176, p. 6167-6192.
- República de Portugal (2014). Lei n.º 3/2014. Alteração ao Regime jurídico da promoção da segurança e saúde. *Diário da República*, 1ª Série, N.º 19. p. 554-591
- Santini, J. (2004). Síndrome do esgotamento profissional - Revisão Bibliográfica. Movimento (ESEFID/UFRGS), p. 183-209. Retirado de <http://dx.doi.org/10.22456/1982-8918.2832>
- Santos, J. & Teixeira, Z. (2009). O stress profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências do Porto*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. p. 368-378. Retirado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1290/2/368-378_FCS_06_-3.pdf
- Sennett, R. (2009). A corrosão do carácter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record.
- Silva, C. A., & Ferreira, M. C. (2013). Dimensões e Indicadores da Qualidade de Vida e do Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), p. 331-339.
- Silva, C. et al, (2014). Versão Portuguesa do Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II, In Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (Eds). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Coleção RICOT. Porto: Civeri Publishing. p.347-369.
- Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 16(3). p.286-298.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 4, p. 261- 278.