

CESQUA

Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente

Condições psicossociais de trabalho numa unidade de cuidados continuados de longa duração e manutenção

Cristiana Marília Ferreira Coelho, Hernâni Veloso Neto

^{1 2} ISLA - Instituto Politécnico de Gestão e Tecnologia, Vila Nova de Gaia, Portugal; ² E-mail de contacto: hernani.neto@islagai.pt,
ORCID: 0000-0002-4959-057X

Resumo: O presente estudo tem como objetivo a análise das condições psicossociais de trabalho de enfermeiros, técnicos superiores, terapeutas e auxiliares de uma unidade de cuidados continuados de média duração e manutenção. Dada a pequena quantidade de técnicos e terapeutas na amostra, e por forma a salvaguardar o sigilo e identidade dos participantes, este grupo de profissionais foi avaliado conjuntamente com o grupo dos enfermeiros. Assim, o estudo considera um grupo com profissionais com formação técnica superior e um outro grupo com auxiliares de cuidados de saúde. A abordagem metodológica foi predominantemente quantitativa, na qual a recolha da perceção dos trabalhadores baseou-se num questionário de caracterização das condições psicossociais de trabalho percebidas. Os dados apurados permitiram concluir a existência, em termos globais, de um ambiente psicossocial de trabalho positivo. A maioria dos fatores de risco revela uma exposição moderada ou baixa. As dimensões que assumem mais potencial de risco para a saúde dos trabalhadores são, no pessoal técnico, as exigências cognitivas e as exigências emocionais, e nos auxiliares as exigências emocionais e a influência no trabalho.

Palavras-chave: condições de trabalho, riscos psicossociais, profissionais de saúde, unidade cuidados continuados.

Psychosocial working conditions in a long-term care and maintenance unit

Abstract: The present study aims to analyse the psychosocial working conditions of nurses, higher technicians, therapists and assistants in a medium-term and maintenance continuous care unit. Given the small number of technicians and therapists in the sample, and in order to safeguard the confidentiality and identity of the participants, this group of professionals was evaluated together with the group of nurses. Thus, the study considers a group with professionals with higher technical training and another group with health care assistants. The methodological approach was predominantly quantitative, in which the workers' perception collection was based on a questionnaire to characterize the perceived psychosocial working conditions. The collected data allowed concluding the existence, in global terms, of a positive psychosocial work environment. Most risk factors reveal moderate or low exposure. The dimensions that assume more potential for risk to the health of workers are, in technical personnel, cognitive and emotional demands, and in assistants, emotional demands and influence at work.

Keywords: Working conditions, psychosocial risks, health professionals, continuing care unit.

1. Introdução

As últimas décadas têm refletido várias as mudanças relacionadas com a necessidade de evolução das organizações, de transformações estruturais e organizacionais do trabalho e relacionamento com os trabalhadores (Chagas & Reis, 2014). Sendo os recursos humanos, para muitos autores, a parte constituinte das organizações com maior importância (Chagas & Reis, 2014), será da mais compreensível relevância assegurar a sua segurança e saúde no trabalho (SST), nomeadamente a prevenção dos riscos psicossociais do trabalho a que se podem encontrar expostos.

Segundo a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), as alterações no contexto socioeconómico, assim como o estado de competitividade da sociedade global incorrem no surgimento de riscos novos e emergentes, nomeadamente os riscos psicossociais relacionados com o trabalho (EU-OSHA, 2010 citado por Pinto, Basto, & Corticeiro Neves, 2016). A avaliação dos riscos psicossociais tem como principal premissa a prevenção, devendo ser considerada pelas organizações como prioritária, uma vez que a atuação a este nível permite a promoção da saúde física, mental e bem-estar dos seus colaboradores (Pinto, Basto, & Corticeiro Neves, 2016).

Em Portugal, a Lei nº 102/2009 de 10 de setembro, referente ao regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, alterada pela segunda vez pela Lei nº 3/2014, de 28 de janeiro, define a obrigação das entidades empregadoras avaliarem os riscos profissionais associados aos postos de trabalho, nomeadamente os riscos psicossociais (artigo 15º). Ainda evidencia a necessidade de se assegurar a adaptação do 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, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e reduzir os riscos psicossociais” (Assembleia da República, 2009, p.555).

Apesar da existência de legislação abonatória no que concerne a prevenção de riscos psicossociais, a liberalização das relações laborais e, conseqüente, facilidade de contratação/despedimento repercutem-se numa maior desproteção do trabalhador, bem como na despersonalização das experiências de trabalho. Na sociedade atual, a evolução dos processos de fabrico tem vindo a repercutir-se numa menor necessidade de mão de obra e, conseqüentemente, numa maior necessidade de qualificações da mesma, fazendo assim, com que aumente a pressão nos trabalhadores para continuamente se manterem atualizados e dotados de novas competências para singrar no mercado de trabalho (Neto, 2015). Na área da saúde, aos profissionais é-lhes inculcida a responsabilidade pela saúde do doente, exigidas as melhores condições físicas e psicológicas, sendo várias as situações que podem contribuir para o aumento dos níveis de stress, podendo estar relacionadas com condições organizacionais e socio-emocionais (Freire, 2019).

O presente estudo tem como objetivo a análise das condições psicossociais em que enfermeiros, técnicos superiores, terapeutas e auxiliares desenvolvem o seu trabalho no âmbito de uma unidade de cuidados continuados de média duração e manutenção. No que respeita a estruturação do artigo, inicialmente foi realizado um enquadramento teórico da temática, justificando-se a sua pertinência e atualidade, seguindo-se a descrição da abordagem metodológica adotada, para, posteriormente, ser realizada a apresentação dos resultados, a discussão dos mesmos e a conclusão com as reflexões finais sobre as constatações expostas e o projeto de investigação desenvolvido.

2. Enquadramento teórico

Tende a ser considerada recente a preocupação com a SST, no entanto, pode-se perceber que este tipo de preocupação já vem desde o início dos tempos em que o ser humano iniciou a utilização de instrumentos para auxílio no trabalho (Neto, 2011; Freire, 2019). A forma como foram sendo desenvolvidas as atividades e a escolha dos materiais demonstram a existência de preocupação com a

segurança e o bem-estar, nomeadamente a utilização, por exemplo, “de luvas de proteção para as mãos, feitas com folhas de palma entrelaçadas” (Freire, 2019, p.4).

Apesar da existência deste tipo de preocupação, só mais tarde, é que se começou a ter em atenção a existência de doenças distintas da restante população e a associar as mesmas à exposição a agentes nocivos relacionados com o ambiente em que o trabalhador estava exposto (Freitas, 2016, citado por Freire, 2019). Foi longo e complexo o percurso da SST de forma a atingir a multidisciplinidade que hoje em dia lhe é reconhecida, a junção de vários domínios como a ergonomia, medicina, engenharia, direito, psicossociologia, entre outras, bem com a constante mudança tecnológica e organizacional, exigem que a mesma se encontre alerta e atualizada de forma a garantir o cumprimento do seu principal objetivo, prevenção de riscos profissionais e promoção da saúde dos colaboradores (Freire, 2019).

Em toda a Europa, a área da saúde é um dos setores que mais trabalhadores emprega, para além das exigências técnicas, apresenta ainda uma vasta complexidade humana. A missão destes profissionais comporta uma adaptação constante a fatores tecnológicos, psicossociais e organizacionais, fazendo com que diariamente estejam expostos a vários riscos ocupacionais, sendo eles de caráter biológico, químico, físico, relacionado com as características do meio ambiente envolvente, ergonómico e psicossociais (Freire, 2019).

Ao se referenciar os riscos psicossociais convém ressaltar que os mesmos se referem à probabilidade de gerar efeitos negativos na saúde física, mental e social dos trabalhadores, fruto das condições em que os trabalhadores têm de desempenhar as suas funções e das suas particularidades pessoais e familiares (Neto, 2015). Assim, em jeito de síntese podem ser referenciados como tipos de riscos psicossociais associados ao trabalho o *distresse*, o *burnout*, o assédio moral, o assédio sexual, a precariedade laboral, os conflitos interpessoais, a discriminação laboral, a interferência do trabalho com a vida pessoal e familiar, entre outros (Neto, 2015).

Atendendo ao envelhecimento populacional marcado não só em Portugal como na Europa, a alteração do perfil patológico, juntamente com a mudança de estruturação familiar de suporte e consequente necessidade de apoio social, figura a necessidade de desenvolvimento de respostas de apoio (Nogueira, 2009). Neste seguimento, surgem as Unidades Cuidados Continuados (UCC), estas têm como objetivo principal a promoção da recuperação e manutenção de autonomia de forma a garantir a melhor qualidade de vida possível do utente (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007; Instituto da Segurança Social, 2013, citados por Cruz, 2015). A maioria dos utentes abrangidos por estas unidades padecem de dependências temporárias ou prolongadas, com incapacidades funcionais para desenvolvimento de atividades de vida diárias, em situações de doenças severas, em fases avançadas ou terminais, assim como situações de fragilidade social (Instituto da Segurança Social, 2013, citado por Cruz, 2015).

Os profissionais de saúde estão, assim, constantemente expostos a situações indutoras de stress, quer pelas exigências organizacionais em que se inserem, nomeadamente a quantidade de trabalho que lhes é atribuída, quer pela exigência de prestação de cuidados de forma continuada, que se traduz na realização de trabalho por turnos, contrariando o ritmo circadiano com prováveis repercussões a nível do padrão de sono, fadiga e desgaste (Freire, 2019). Existem diversos estudos que realçam a existência de fatores de risco psicossocial nestes contextos de trabalho (Cunha & Neto, 2019), em particular fatores decorrentes da sobrecarga de trabalho, inadequação dos recursos humanos, número de doentes ou a existência de condições físicas e técnicas inapropriadas (Freire, 2019). Também tem ficado patente que determinadas atividades inerentes aos profissionais de saúde não são suscetíveis de mudanças, no entanto, a forma como são planeadas poderá obedecer à premissa da minimização de potenciais riscos na saúde dos seus colaboradores (Freire, 2019).

Ainda na mesma ordem de pensamento, segundo a EU-OSHA (citados por Silva & Neto, 2018), os trabalhadores que mais se encontram expostos a fatores de stress derivados da atividade que desenvolvem são os profissionais da área da saúde e da educação. Se atender-se ao contexto atual de pandemia, essa afirmação assume ainda mais relevo, porque o contexto de exposição a este e outros riscos psicossociais do trabalho agudizou-se (Hermes et al., 2022). Foi exigido a estes profissionais que se mantivessem na linha da frente, dando resposta as mais variadas necessidades, procurando proteger os cidadãos mais vulneráveis e ajudar a demais população que precisasse de cuidados.

Fruto do estado de emergência decretado em Portugal, diversas restrições foram implementadas na sociedade e, em particular, na organização e funcionamento dos estabelecimentos de saúde. Por exemplo, foram definidas restrições relativamente às visitas a doentes internados nas mais diversas valências de internamento existentes a nível nacional, nomeadamente nas UCC (DGS, 2020), e com isso a vulnerabilidade dos internados tornou-se ainda mais notória. Apesar de na UCC em estudo uma grande maioria dos utentes não se encontrar devidamente consciente das alterações no meio envolvente, ou não se conseguir expressar devidamente acerca das mesmas, foi notado pelos profissionais a necessidade de acompanhamento, de forma a colmatar essa menor ligação com os familiares.

Também para surtos, quer entre os pacientes quer ao nível das equipas de saúde, foram estabelecidos mecanismos alternativos de interação com as famílias, como as videochamadas, o que exigiu dos profissionais uma maior agilidade na organização das suas atividades tradicionais, para poder dar resposta às necessidades suscitadas pelo contexto pandémico. Uma vez que houve acréscimos de tarefas, às que já lhes estavam incutidas, a criação de equipas em espelho, de forma a reduzir contatos no caso de infeção de algum dos elementos, tornou ainda mais difícil a gestão dos recursos humanos, levando a cabo mudanças de horários e agilização de rotinas, de forma a que toda a equipa não atingisse estado de fadiga precoce.

A definição dos tempos de trabalho dever ser feita de forma a que exista uma articulação, o mais harmoniosa possível, entre as exigências profissionais e pessoais, para se acautelar o equilíbrio físico, mental e social dos prestadores de cuidados de saúde, uma vez que a sua ausência pode trazer repercussões, tanto a nível laboral como a nível pessoal do trabalhador (Chagas & Reis, 2014). Contudo, durante o contexto pandémico essa premissa nem sempre foi possível acautelar, pelo facto das equipas das UCC terem de operar em “regime de espelho”, ficando em residência permanente no estabelecimento durante vários dias ou até semanas.

A maioria dos trabalhadores demonstra uma maior satisfação e equilíbrio na vida-trabalho, aquando a realização de horários estáveis (Chagas & Reis, 2014), com a introdução de alterações nesta regularidade, acaba por se refletir no bem-estar dos profissionais. Por isso, a exigência de flexibilidade e disponibilidade por necessidade do serviço, tal como se tem vindo a suceder durante a pandemia por COVID-19, acaba por perturbar o equilíbrio vida-trabalho, aumentando a insatisfação e desgaste dos profissionais, podendo também se repercutir numa menor qualidade do desempenho das suas funções.

3. Opções metodológicas do estudo

A metodologia utilizada é eminentemente quantitativa, sendo um estudo de carácter exploratório e descritivo. Para a recolha de dados, além de se ter aplicado um inquérito por questionários aos profissionais da UCC, para se captar a sua perceção sobre as condições psicossociais de trabalho que dispõem, também se teve em consideração as características das atividades e o conhecimento sobre a dinâmica organizacional da instituição que serviu de caso de estudo.

Foi utilizado o Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho, proposto por Neto (2013), como instrumento de resposta individual com o objetivo de classificar a

exposição do trabalhador a fatores de risco para a saúde, mais concretamente os de natureza psicossocial (Neto, 2013, 2020). Considera dois blocos, onde o primeiro integra questões da versão média do COPSOQ, permitindo explorar várias dimensões analíticas, entre elas as exigências do trabalho, a organização e conteúdo do trabalho, as relações sociais e de liderança, o interface trabalho-indivíduo, a personalidade, a saúde e bem-estar e, por fim, os valores no local de trabalho (Pejtersen et al., 2010; Silva et al., 2012; Silva et al., 2014).

Nesse primeiro bloco é utilizada uma escala tipo Likert de cinco pontos, de 1 (nunca / quase nunca) a 5 (extremamente), onde a sua cotação é realizada com esses mesmos pontos (Pejtersen et al., 2010; Silva et al., 2012; Silva et al., 2014). É de salientar que o cálculo de cada escala é baseado nas médias dos itens nas dimensões de análise, sendo aconselhado a utilização de pontos de corte 2,33 e 3,66, para possibilitar a sua classificação de forma tripartida, no formato de coloração do tipo semáforo (verde - exposição baixa; amarelo - exposição moderada; vermelho - exposição elevada), e facilitar a interpretação dos dados e a hierarquização da definição de medidas preventivas no contexto organizacional (Silva et al., 2012; Silva et al., 2014).

Importa ainda referir que apesar de se ter seguido a lógica de classificação dos dados em *tercis*, o apuramento dos valores não seguiu a lógica da caracterização do potencial de efeitos na saúde. O COPSOQ foi adaptado por Neto (2013) para permitir a análise em termos de fatores de risco para a segurança e saúde no trabalho. Para ser utilizado na identificação de fatores de risco e na determinação de níveis de exposição dos trabalhadores a esses mesmos fatores de riscos, diversos itens têm que ser invertidos porque a escala de *Likert* tem significados diferentes consoante o fator de risco em causa (Neto, 2013). Por exemplo, em algumas situações a opção de resposta 1, representa baixo risco de exposição ao fator de risco, noutras casos, é a opção 5 da escala. A versão original do COPSOQ apenas considera a inversão de dois itens, o que em termos de análise de risco, enviesava os resultados e as respetivas exposições reportadas pelos trabalhadores (Neto, 2013).

O segundo bloco é constituído por várias questões de natureza socioprofissional e pessoal, tais como a idade, estado civil, número de filhos, prática de atividades desportivas, número médio de horas diárias de trabalho, sistema de rotação de turnos, existência de algum tipo de doença ou lesão nos últimos três meses, existência de problemas em dormir, e o indicador Bipolar de Fadiga Laboral Percebida (Neto, 2013). Tendo em conta o contexto atual de pandemia por covid-19, ainda foram introduzidas seis questões, classificadas com uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), nas quais é abordado principalmente a perceção da segurança sentida pelos trabalhadores acerca das medidas de proteção e controlo de infeção asseguradas pela sua organização de trabalho (Neto, 2020).

Assim, a utilização deste instrumento para a identificação de fatores de risco psicossociais e determinação de patamares de exposição, vai proporcionar a caracterização das condições psicossociais de trabalho dos profissionais de saúde da UCC em causa, bem como suscitar oportunidades de melhoria para serem apresentadas à organização.

4. Apresentação de resultados

A população em estudo foi selecionada com vista a maior proximidade com o utente na prestação de cuidados, tendo sido organizados dois grupos, um constituído pelos enfermeiros, técnicos superiores e terapeutas e o outro constituído por auxiliares de ação médica. Dada a pequena quantidade de técnicos e terapeutas na amostra, e por forma a salvaguardar o sigilo e identidade dos participantes, este grupo de profissionais foi avaliado conjuntamente com o grupo dos enfermeiros.

No que respeita ao número de participantes, foram validadas 23 participações, sendo que a população total de referência era constituída por 27 elementos, o que corresponde a uma taxa de

participação de 85,2%. A amostra constituída foi de 11 profissionais técnicos de saúde (enfermeiros, técnicos superiores e terapeutas) e 12 auxiliares de cuidados de saúde.

O grupo dos enfermeiros, técnicos superiores e terapeutas é constituído por participantes do sexo feminino, com uma média de idades de 31,5 anos, sendo a idade mínima correspondente a 22 anos e a máxima 40 anos. Relativamente ao estado civil, 54,5% são casadas, 36,4% solteiras e 9,1% divorciadas. Quanto ao número de filhos, cerca de 45,5% referiu ter um filho, 36,4% não tem filhos, 9,1% tem dois filhos e 9,1% tem três filhos. Em relação ao desempenho de atividades domésticas, todas elas as realizam, sendo que 72,7% o fazem diariamente e 27,3% em alguns dias da semana. Nos últimos três meses dedicaram em média por semana cerca de 39,2 horas no desempenho das atividades domésticas. Quanto à prática de atividade física, 45,5% refere a sua realização através de idas ao ginásio, *pilates* corrida ou bicicleta, as restantes, 54,5% referem não praticar nenhum tipo de atividade física.

Tendo por referência os últimos três meses o número médio de horas diárias de trabalho é 8,7. Quanto à realização de trabalho por turnos, 63,6% não realiza, as restantes 36,4% realiza, sendo que metade desse grupo de pessoas está insatisfeita com o sistema de rotação de turnos e a outra metade está satisfeita. Ainda com base nos últimos três meses, 18,2% refere ter sofrido algum tipo de lesão/doença, nomeadamente lesões músculo-esqueléticas (ex.: contraturas), as restantes não reportaram problemas. Cerca de 36,4% das inquiridas refere ter problemas em dormir, alegando exaustão física e emocional, dificuldade em adormecer, ansiedade e sono facilmente despertável. Em média, o nível geral de cansaço antes do início da jornada de trabalho é de 4,9 (nível moderado) e no final da mesma é de 7,6 (nível elevado), isto numa escala de 0 a 10, em que 0 é considerado nada cansado e 10 extremamente cansado.

Quanto aos auxiliares de ação médica, apenas um dos elementos é do sexo masculino. A média de idades deste grupo é de 39,6 anos, sendo a idade mínima correspondente a 21 anos e a máxima 51 anos. Relativamente ao estado civil, 75% são casados, 16,6% solteiros e 8,3% divorciados. Quanto ao número de filhos, 50% referiu ter dois filhos, 25% não tem filhos, 16,6% tem dois filhos e 8,3% tem três filhos. Em relação ao desempenho de atividades domésticas, todos as realizam, sendo que 83,3% o fazem diariamente, 8,3% mensalmente. Nos últimos três meses dedicaram, em média por semana, cerca de 31,6 horas no desempenho das atividades domésticas. Quanto à prática de atividade física, 25% refere a sua realização através de idas ao ginásio, natação e caminhadas, os restantes 75% referem não praticar nenhum tipo de atividade física.

Tendo por referência os últimos três meses, o número médio de horas diárias de trabalho foi de 10,3. Quanto à realização de trabalho por turnos, 16,6% não realiza trabalho por turnos, dos restantes que realizam trabalho por turnos, 16,6% referem estar muito insatisfeitos, 41,6% referem estar insatisfeitos e 25% referem estar satisfeitos com o sistema de rotação de turnos. Ainda com base nos últimos três meses, 25% refere ter sofrido algum tipo de lesão/doença, nomeadamente lesões músculo-esqueléticas. Cerca de 50% dos inquiridos refere ter problemas em dormir alegando, dificuldade em adormecer, cansaço emocional e stress, alteração do padrão de sono por excesso de realização de noites, ansiedade e sono facilmente despertável. Em média, o nível geral de cansaço antes do início da jornada de trabalho é de 3,75 (nível moderado) e no final da mesma é de 8,75 (nível elevado).

Tendo por base os dados do indicador bipolar de fadiga laboral percebida, apresentados na Tabela 1, percebe-se que a maioria dos profissionais dos dois grupos apresentam um nível moderado de desgaste antes de iniciar a jornada de trabalho, já no que respeita ao final da jornada de trabalho a maioria dos enfermeiros/técnicos superiores/terapeutas (54,5%) apresenta um nível elevado de desgaste, no entanto, os auxiliares o nível de fadiga percebida no final da jornada de trabalho é

percecionado de duas formas diferentes, nível intolerável de desgaste e nível elevado de desgaste, ambas com percentagem de 41,7%.

Tabela 1 – Indicador Bipolar de Fadiga Laboral Percebida

	Enfermeiros/ Técnicos Superiores/ Terapeutas		Auxiliares	
	n	%	n	%
FADIGA ANTES				
Nível intolerável de desgaste (8-10)	2	18,1	0	0
Nível elevado de desgaste (6-7)	3	27,3	3	25
Nível moderado de desgaste (4-5)	2	18,2	3	25
Nível baixo de desgaste (0-3) (aceitável)	4	36,4	6	50
FADIGA DEPOIS				
Nível intolerável de desgaste (10)	0	0	5	41,7
Nível elevado de desgaste (8-9)	6	54,5	5	41,7
Nível moderado de desgaste (6-7)	4	36,4	2	16,7
Nível baixo de desgaste (0-5) (aceitável)	1	9,1	0	0

As figuras 1 e 2 sistematizam o grau e exposição dos dois grupos a um conjunto complementar de dimensões psicossociais de risco. O nível de exposição baixo está representado pela cor verde, o moderado pela cor amarela e o elevado pela cor vermelha. Como destaques, sinaliza-se que, relativamente ao ritmo de trabalho, tanto auxiliares (33,3%) como os profissionais técnicos (36,4%) responderam de forma consensual que têm de trabalhar mais rapidamente, com objetivo de atingir as exigências quantitativas. As exigências quantitativas avaliadas abrangem a carga de trabalho, a frequência com que não possuem tempo suficiente para a realização das respetivas tarefas e a necessidade de realização de horas extra para a sua conclusão.

A nível de exigências cognitivas, 72,7% dos profissionais superiores referem que o seu trabalho exige de forma frequente a sua atenção constante, a necessidade de tomada de decisões difíceis e a apresentação de novas ideias, sendo que no grupo dos auxiliares esta percentagem tem um valor inferior (47,2%). Quanto às exigências emocionais, quer o pessoal técnico (81,8%) quer os auxiliares (75%) são unânimes a referir que o trabalho exige emocionalmente deles próprios de forma frequente. A nível da influência no trabalho, ou seja, na participação da escolha de pessoas com quem trabalha, quantidade de trabalho que lhe é atribuída e influência sobre o tipo de tarefas que fazem, os resultados entre grupos são muito diferentes, com 54,5% do pessoal técnico a considerar ter grande nível de influência, enquanto que a percentagem de auxiliares com a mesma perceção se situa nos 14,6%.

Quando questionados acerca da exigência de iniciativa, a abertura para aplicação de habilidades ou perícias e a aprendizagem de coisas novas no contexto de trabalho, quer o pessoal técnico (87,9%) quer os auxiliares (47,2%) percecionam a existência de possibilidade de desenvolvimento. A previsibilidade e a transparência do papel laboral desempenhado em ambos os grupos são compreendidas, na medida em que é assumido pela maioria que a obtenção de informação necessária para o desempenho das suas funções com a devida antecedência e que a definição de tarefas se encontra estabelecida de forma clara, com objetivos explícitos, em que cada um sabe exatamente quais as suas responsabilidades e o que é esperado de si (o pessoal técnico 90,9% e auxiliares 77,8%).

No que respeita ao reconhecimento do seu trabalho pela gestão e à perceção de ser tratado de forma justa, ambos os grupos valorizam positivamente e se sentem recompensados (78,8% no pessoal

técnico e 52,8% nos auxiliares). Relativamente aos conflitos laborais, não existe propriamente uma unanimidade, se por um lado a maioria do pessoal técnico (60,6%) considera que tem que fazer coisas desnecessárias e que, por vezes, poderiam ser feitas de forma diferente, os auxiliares (44,4%) referem raramente ter o mesmo sentimento.

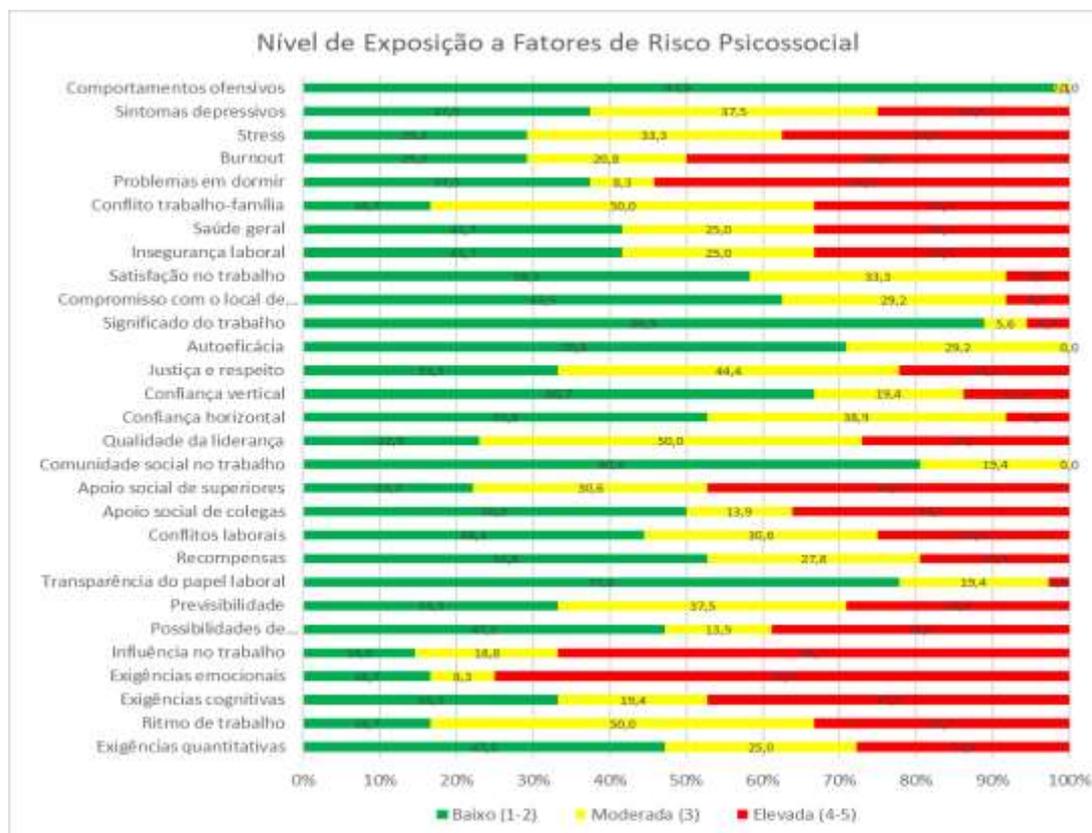


Figura 1 - Exposição às dimensões psicossociais no grupo dos Enfermeiros/Técnicos Superiores/ Terapeutas

Relativamente ao apoio social sentido entre colegas, 57,6% do pessoal técnico e 50% dos auxiliares considera sentir-se apoiado e ajudado pelos colegas de forma frequente, existindo ainda a disposição e abertura, por parte de todos, para troca de ideias e preocupações adjacentes ao desempenho laboral. O sentimento de apoio e ajuda, o suporte por parte do seu superior imediato e a frequência com que o mesmo fala com os diferentes grupos, relativamente ao desempenho laboral, é considerado como ocasional, tanto pelo pessoal técnico (54,5%) como pelos auxiliares (30,6%). Em termos de comunidade social no trabalho, 97% do pessoal técnico e 80,6% dos auxiliares referem a existência de um bom ambiente de trabalho e cooperação entre colegas.

Quanto à qualidade de liderança em relação à chefia direta, 43,2% do pessoal técnico e 50% dos auxiliares indicam que nem sempre são adotadas as medidas mais eficazes na resolução de conflitos, no planeamento do trabalho, na prioridade dada à satisfação no trabalho e na forma como são atribuídas oportunidades de desenvolvimento. Relativamente à confiança horizontal, 51,6% do pessoal técnico e 52,8% dos auxiliares referem que raramente os trabalhadores ocultam informações uns dos outros ou à gerência, e que, de modo geral, confiam uns nos outros. A nível de confiança vertical, 75,8% do pessoal técnico e 66,7% dos auxiliares têm perceção que a gerência confia no seu trabalho, confiando ainda em toda a informação que lhes é transmitida pela gerência e que a mesma não oculta informação. Em relação à justiça e respeito, 69,7% do pessoal técnico e 33,3% dos auxiliares referem

que os conflitos são resolvidos de forma justa, as sugestões dadas são consideradas de forma séria pela gerência e a distribuição do trabalho pelos funcionários é feita de forma igual.

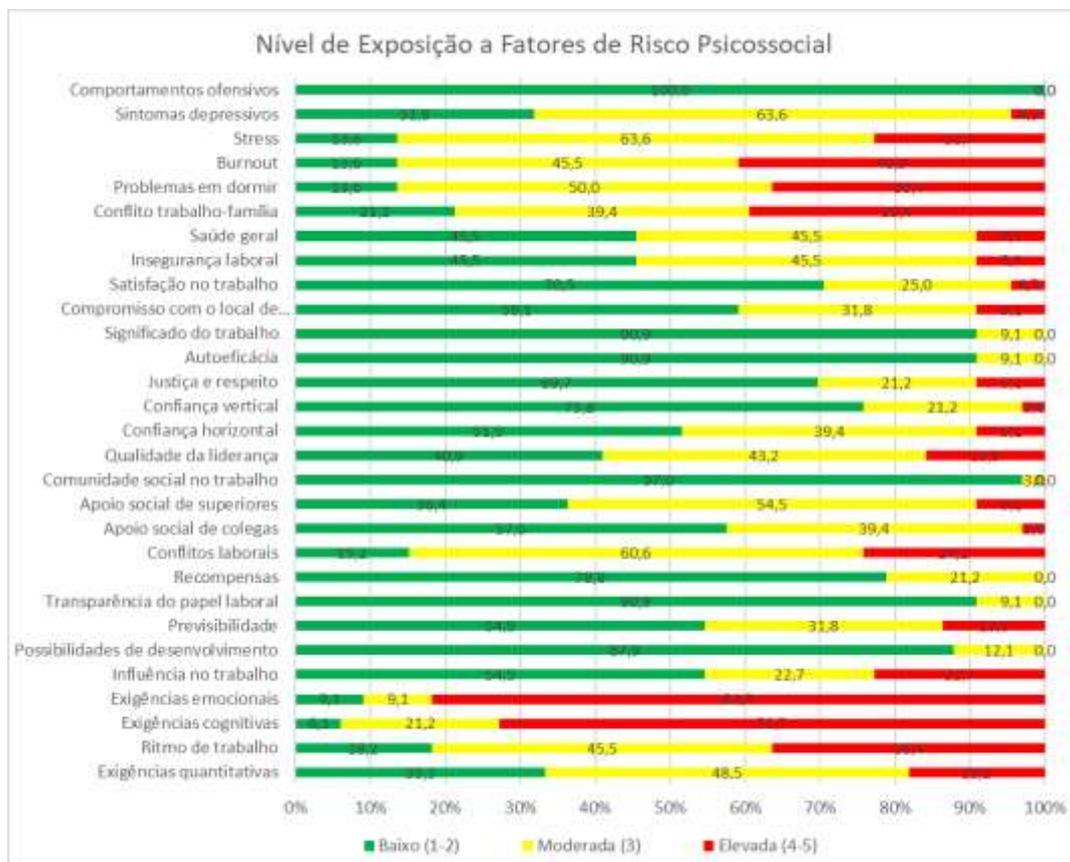


Figura 2 - Exposição às dimensões psicossociais no grupo dos auxiliares

No que se relaciona com o sentimento de autoeficácia percecionado, 90,9% do pessoal técnico e 70,8% dos auxiliares revelam serem frequentemente capazes de resolver os problemas com que se deparam, se se esforçarem o suficiente, assim como de seguir os seus planos e atingir os próprios objetivos. Em relação ao significado do trabalho, 90,9% do pessoal técnico e 88,9% dos auxiliares consideram que o seu trabalho tem significado, sentem-se motivados e envolvidos no mesmo e consideram-no ainda importante.

O pessoal técnico (59,1%) e os auxiliares (62,5%) revelam sentir gosto em falar aos outros acerca do seu local de trabalho, e partilham o sentimento de responsabilidade dos problemas relacionados com o local de trabalho, em suma, têm uma perceção de compromisso face ao local de trabalho. Em termos de satisfação no trabalho, 70,5% do pessoal técnico e 58,3% dos auxiliares referem estarem satisfeitos com as perspetivas de trabalho, as condições físicas do local de trabalho, a forma como são utilizadas as suas capacidades para o trabalho e, de uma forma global, com o seu trabalho. No que se refere ao sentimento de insegurança laboral, apenas 9,1% do pessoal técnico refere sentirem-se preocupados com o facto de poderem vir a ficar desempregados, mas a percentagem é bastante superior nos auxiliares (33,3%), revelando maior precariedade neste grupo.

Relativamente ao conflito trabalho/família, 39,4% do pessoal técnico e 33,3% dos auxiliares referem sentir que o trabalho lhes exige muita energia e tempo, com repercussões negativas a nível da vida privada. Quanto à referência a problemas em dormir, 13,6% do pessoal técnico e 37,5% dos

auxiliares reportam não sentir dificuldades, ou seja, a maioria tem problemas a esse nível, tal como já se tinha reportado.

Cerca de 40,9% do pessoal técnico e 50% dos auxiliares referem sentir-se física e emocionalmente exaustos. Em relação a sintomas de stress, uma parte diz sentir-se frequentemente ansiosa e irritada, cerca de 22,7% do pessoal técnico e 37,5% dos auxiliares. No que se relaciona com sintomatologia depressiva, sendo baixa no pessoal técnico (4,5%), mas sobe bastante nos auxiliares, com 25% a manifestarem sentir-se, por vezes, tristes e com falta de interesse por coisas quotidianas. Quanto a perceção existente acerca da exposição a comportamentos ofensivos, nomeadamente, insultos ou provocações verbais, assédio sexual indesejado, ameaças de violência e exposição a violência física, 100% do pessoal técnico e 97,9% dos auxiliares, referem não terem sido alvo deste tipo de comportamentos.

Congregando estes resultados, consegue-se apurar os níveis de exposição predominantes por dimensão psicossocial de risco. A Tabela 2 sistematiza esses dados, sendo que a utilização da média permite a perceção do valor no qual existe uma maior predominância, ou seja, do nível de exposição predominante, mantendo a lógica das cores usada nas Figura 1 e 2; já o desvio padrão é uma medida de dispersão em torno da média, que permite uma perceção do desvio face às respostas médias, sendo que quanto mais próximo de zero for o seu valor, maior será a harmonização entre as respostas.

Tabela 2 – Exposições predominante aos fatores de risco psicossocial por categoria profissional

Dimensão psicossocial	Enfermeiros/Técnicos Superiores/Terapeutas		Nível de Exposição Predominante	Auxiliares		Nível de Exposição Predominante
	Média	DP		Média	DP	
Exigências quantitativas	2,79	0,11	Moderada	2,58	0,54	Moderada
Ritmo de trabalho	3,18	0,00	Moderada	3,08	0,00	Moderada
Exigências cognitivas	4,06	0,14	Elevada	3,31	0,29	Moderada
Exigências emocionais	4,09	0,00	Elevada	3,83	0,00	Elevada
Influência no trabalho	2,77	0,35	Moderada	4,06	0,50	Elevada
Possibilidades de desenvolvimento	1,58	0,21	Baixa	2,86	0,28	Moderada
Previsibilidade	2,36	0,18	Moderada	3,00	0,75	Moderada
Transparência do papel laboral	1,52	0,26	Baixa	1,69	0,48	Baixa
Recompensas	1,97	0,28	Baixa	2,47	0,48	Moderada
Conflitos laborais	3,09	0,37	Moderada	2,72	0,10	Moderada
Apoio social de colegas	2,30	0,37	Baixa	2,86	0,59	Moderada
Apoio social de superiores	2,73	0,13	Moderada	3,36	0,21	Moderada
Comunidade social no trabalho	1,58	0,09	Baixa	2,03	0,04	Baixa
Qualidade da liderança	2,55	0,06	Moderada	3,04	0,04	Moderada
Confiança horizontal	2,45	0,15	Moderada	2,39	0,16	Moderada
Confiança vertical	2,00	0,26	Baixa	2,11	0,51	Baixa
Justiça e respeito	2,12	0,15	Baixa	2,75	0,12	Moderada
Autoeficácia	1,82	0,18	Baixa	2,13	0,13	Baixa
Significado do trabalho	1,36	0,20	Baixa	1,58	0,47	Baixa
Compromisso com o local de trabalho	2,23	0,14	Baixa	2,25	0,08	Baixa
Satisfação no trabalho	2,16	0,23	Baixa	2,21	0,15	Baixa
Insegurança laboral	2,64	0,00	Moderada	3,08	0,00	Moderada
Saúde geral	2,55	0,00	Moderada	2,67	0,00	Moderada

Dimensão psicossocial	Enfermeiros/Técnicos Superiores/Terapeutas		Nível de Exposição Predominante	Auxiliares		Nível de Exposição Predominante
	Média	DP		Média	DP	
Conflito trabalho-família	3,27	0,20	Moderada	3,25	0,12	Moderada
Problemas em dormir	3,23	0,05	Moderada	3,17	0,17	Moderada
Exaustão (Burnout)	3,36	0,09	Moderada	3,17	0,17	Moderada
Stress	3,14	0,14	Moderada	2,83	0,00	Moderada
Sintomas depressivos	2,73	0,09	Moderada	2,79	0,04	Moderada
Comportamentos ofensivos	1,05	0,05	Baixa	1,08	0,14	Baixa

Legenda: M – Média; DP – Desvio Padrão

Escala de classificação da exposição a fatores de risco:

Exposição Baixa - 1 a 2,33	Exposição Moderada - 2,34 a 3,66	Exposição Elevada - 3,67 a 5
----------------------------	----------------------------------	------------------------------

Como destaque da tabela, pode-se mencionar que nos dois grupos apenas duas dimensões revelam exposição elevada, o que evidencia, em termos globais, um ambiente psicossocial de trabalho positivo. A maioria dos fatores de risco revela uma exposição moderada ou baixa. As dimensões que assumem mais potencial de risco para a saúde dos trabalhadores são, no pessoal técnico, as exigências cognitivas e as exigências emocionais, e nos auxiliares as exigências emocionais e a influência no trabalho.

Como se referiu, a maioria das dimensões psicossociais revela incidência moderada, existindo, ainda, diversas com incidência baixa. O número de baixas exposições é superior no grupo do pessoal técnico, apesar da diferença não ser muito grande. De qualquer modo, revela que, nesta UCC, os auxiliares apresentaram uma exposição ligeiramente superior a fatores de risco psicossocial.

5. Discussão dos resultados

Após a verificação dos resultados, é possível concluir que, ambos os grupos, reportam fortes exigências de trabalho. Todos os participantes vivenciam elevados níveis de pressão cognitiva e emocional, uma vez que, no desenvolvimento do seu trabalho, se encontram diretamente expostos a processos de dor, morte, sofrimento, bem como, outros tipos de sentimentos desencadeados pelo processo de doença dos utentes (Santos & Teixeira, 2009).

O stress relacionado com o trabalho pode trazer variadas repercussões, tanto a nível organizacional como a nível individual, neste estudo 37,5% dos auxiliares e 22,7% do pessoal técnico encontra-se numa situação de exposição elevada. A nível organizacional este tipo de problemática pode causar problemas como absentismo, desrespeito pelo horário de trabalho, problemas disciplinares, assédio, comunicação agressiva, isolamento, acidentes, diminuição da produtividade, entre outros (EU-OSHA, 2002). A nível individual esta problemática pode repercutir-se no desenvolvimento de comportamentos de adição, transtorno do sono, ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, irritabilidade, problemas no seio familiar, problemas osteoarticulares, bem como, outros tipos de patologias (EU-OSHA, 2002). No que respeita a presença de comportamentos ofensivos, a exposição ao risco é baixa em ambos os grupos, quanto a sintomatologia depressiva existe um risco elevado para a saúde de uma parte do grupo dos auxiliares (25%), situação que já não acontece com o pessoal técnico (4,5%). A mesma situação é verificável no que respeita aos problemas em dormir, em que 54,2% dos auxiliares e 36,4% do pessoal técnico se encontra com risco elevado.

Os profissionais de saúde estão constantemente expostos às mais variadas exigências, nomeadamente, no que concerne à eficácia e rapidez de prestação de cuidados, necessitando, assim, de

uma rápida e eficaz tomada de decisão. Em situações em que a transparência de papéis não se encontra devidamente clarificada, esta pode ser geradora de stress ou conflitos, uma vez que a sua repetição num espaço temporal prolongado pode vir a tornar-se numa situação patológica (Alves, 2011, citado por Cunha & Neto, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019) descreve o *burnout* como um estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional, sendo uma síndrome causada pela presença de stress crónico no trabalho que não foi gerido com êxito, passando a ser incluído na lista de doenças profissionais. Perante os resultados apresentados pode verificar-se a incidência do risco elevado de desenvolvimento de exaustão numa parte significativo do pessoal técnico (40,9%) e dos auxiliares (50%), apesar da exposição predominante ser moderada nos dois grupos. Mesmo assim, é uma percentagem considerável, que aliada à presença de stress crónico, pode aumentar o risco de esgotamento dos profissionais. Por isso, é importante estar-se ciente que o desenvolvimento desta síndrome pode ser ocasionado por fatores de ordem pessoal ou situacional e ter consequências diferenciadas nos diferentes trabalhadores (Queiroz, Gonçalves & Marques, 2014, citados por Cunha & Neto, 2019), logo deve merecer atenção preventiva de SST. No que respeita aos fatores de ordem pessoal, Queiroz, Gonçalves e Marques (2014, citados por Cunha & Neto, 2019) salientam que as características do individuo, nomeadamente, a idade (tendencialmente é maior a presença no início da carreira ou ao longo da mesma com o esgotamento de recursos), o género (é maior a exaustão emocional nas mulheres e nos homens a despersonalização), as habilitações (quanto maior o grau de habilitações maior o risco, uma vez que as responsabilidades aumentam proporcionalmente), o estado civil (a não existência de companheiro aumenta o risco uma vez que diminui o suporte social), a existência de filhos (leva a um menor risco, uma vez que existe um maior investimento familiar) e a personalidade (pessoas com maiores dificuldades a nível de comunicação, pessimistas, perfeccionistas e com estratégias de *coping* passivas possuem um maior risco) devem ser consideradas na análise do fenómeno e no potencial de incidência/dano. Quanto aos fatores situacionais, os mesmos autores fazem referência ao tipo de atividade desempenhada (o risco aumenta quando a atividade implica o relacionamento com pessoas, acima de tudo a prestação de cuidados), ao tempo de serviço (risco comparável ao mesmo que a idade), ao trabalho por turnos (alteração do ritmo circadiano da pessoa e conseqüentemente, diminuição da capacidade de recuperação para o desgaste), à sobrecarga de tarefas, relacionamento com o cliente e conseqüente tipo de cliente (aumento do risco é proporcional ao nível de exigência do cliente ou a características conflituosas), ao tipo de relacionamento com colegas e superiores (a presença de um mau ambiente de trabalho aumenta o risco).

Neste tipo de fator a dinâmica organizacional tem um peso preponderante, uma vez que a existência de um ambiente físico perigoso ou pouco saudável, alterações constantes das normas institucionais, inflexibilidade, pouca autonomia, clima de desrespeito ou desconfiança, bem como a falta de reconhecimento, traduzem um ambiente organizacional negativo (Cunha & Neto, 2019). Mas contrariamente ao que seria de esperar, face aos valores assumidos pela dimensão do *burnout*, grande parte dos demais fatores neste universo de profissionais estão sinalizados como de baixo risco para a sua saúde, nomeadamente os que dizem respeito à transparência dos papeis, à confiança horizontal e vertical, bem como o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos profissionais, podendo inferir-se a existência de um ambiente organizacional positivo nesta instituição.

A monotonia, repetição de tarefas, fragmentação do trabalho, ciclos curtos de trabalho, são aspetos apontados por Pinho (2015, citado por Cunha & Neto, 2019) como preditores de sofrimento no trabalho. Na UCC em estudo, o pessoal técnico refere que lhe são permitidas novas aprendizagens e desenvolvimento das suas competências e habilidades, perante o aparecimento de novas situações no

desempenho das suas funções (87,9%), os auxiliares têm a mesma percepção, mas com percentagem menor (38,9%).

Também o horário de trabalho, o trabalho por turnos, a inflexibilidade de horários e a sua impossibilidade trazem influências negativas, afetando a vida social e familiar dos trabalhadores (Leka et al., 201, citado por Cunha & Neto, 2019). No estudo que se realizou, ficou patente que parte dos trabalhadores que se encontra a realizar trabalho por turnos não está satisfeito com a estruturação dos seus horários.

Tendo em conta toda a exposição realizada, e apesar da incidência da exposição de riscos psicossociais relacionados com o trabalho não ser preocupante, existem alguns problemas que se foram sinalizando, daí que exista a necessidade de se equacionar medidas para se mitigar esses cenários. Foram propostas medidas prioritárias como:

- Revisão da avaliação de riscos da organização, devendo o serviço de SST acautelar o aprofundamento da apreciação das dimensões psicossociais de risco presentes nas atividades;
- Melhorar o planeamento dos horários, referente aos trabalhadores por turnos, por forma a que haja, por exemplo, uma redução do número de noites a ser realizada por cada elemento, bem como o espaçamento da sua realização, para se reduzir as implicações nos padrões de sono;
- Promover o desenvolvimento de estratégias efetivas de *coping* nos grupos de trabalho, face aos fatores de risco mais problemáticos que foram sinalizados;
- Promover o convívio entre todos os trabalhadores da unidade, de forma a fomentar relações de confiança e desenvolvimento de sentimentos de pertença e espírito de equipa;
- Incentivar a prática de atividade física, uma vez que a mesma aumenta os níveis de bem-estar individual, podendo ainda ser utilizada como um momento de alívio de tensão no final de uma jornada de trabalho.

Do ponto de vista da saúde ocupacional, a mesma torna-se mais eficaz quando existe um compromisso com a SST por parte da gestão ao nível organizacional e um envolvimento contínuo da equipa de SST nas atividades quotidianas, suportado por uma participação ativa dos trabalhadores e seus representantes. O próprio Enfermeiro do Trabalho também tem contributos a realizar ao nível da gestão de saúde ocupacional, não pode ser interpretado como necessário apenas em situações de cura ou após o aparecimento de lesão/dano, devendo o mesmo encontrar-se presente no local de trabalho e facilmente contactável, de modo a que a sua intervenção seja precoce e o mais eficiente possível na proteção e promoção de saúde dos trabalhadores (OE & ANET, 2014).

No seio organizacional de uma UCC como esta, o Enfermeiro do Trabalho deve acautelar que a sua presença pode ser utilizada a nível de prevenção primária, como, por exemplo, aplicando instrumentos como o usado neste estudo, para se fazer este tipo de diagnósticos e se monitorizar o ambiente psicossocial ou mesmo ajudando orientar os trabalhadores para a prevenção de lesões músculo-esqueléticas e a manutenção da saúde mental e correção de desequilíbrios psicossociais. Informar e educar também faz parte das valências de ação de um serviço de saúde ocupacional, de forma a que os trabalhadores aumentem a sua consciência para a existência destes problemas, e, assim, se consigam munir de ferramentas que lhes permitam uma melhor adaptação.

6. Conclusão

Ao longo da elaboração deste estudo surgiram algumas dificuldades, nomeadamente na obtenção das respostas, apesar de ter sido utilizado o preenchimento online do questionário, foram necessários vários pedidos de colaboração à equipa para o preenchimento do mesmo. A sua extensão poderá ter contribuído para este entrave, no entanto a participação da equipa foi considerável (85,2%),

também a situação atual de pandemia acaba por influenciar, uma vez que toda a equipa se encontrava mais sobrecarregada. Outra dificuldade sentida foi relativa à existência de poucos estudos respeitantes aos riscos psicossociais nesta área de saúde em cuidados continuados, bem como a pequena visibilidade que lhe é atribuída a nível nacional.

No que se relaciona com os dados obtidos, foi evidenciado, em termos globais, um ambiente psicossocial de trabalho positivo, com apenas duas dimensões psicossociais a revelarem maior incidência em cada grupo profissional estudado. A maioria das dimensões psicossociais analisadas revelou incidência moderada ou baixa, todavia, alguns fatores merecem cuidado, por terem exposições elevadas associadas. Pode-se destacar os problemas em dormir, a insatisfação com o trabalho por turnos, o nível de fadiga percebida depois da jornada de trabalho, a pouca prática desportiva, a sobrecarga a nível emocional e cognitivo e o sentimento de stress e exaustão. No geral, a consistência dos resultados pode ser considerada sólida, uma vez que é baixo o desvio padrão das médias nas mais diversas subescalas.

A elaboração de uma avaliação de riscos é uma atividade complexa, e o estudo desenvolvido não teve esse propósito. Todavia, acredita-se que os resultados gerados podem ser muitos úteis para esta UCC, podendo ser tomado como um ponto de partida, um início, para uma posterior avaliação mais estruturada e alargada por parte da organização. Aliás, essa foi uma das medidas de intervenção propostas, face aos resultados obtidos.

O estudo que se concluiu possibilitou a obtenção de uma caracterização do ambiente psicossocial da instituição, com o foco da visão de dois grupos distintos, o pessoal técnico e os auxiliares, tendo sido possível a identificação de algumas áreas com interesse interventivo, com vista a redução dos riscos psicossociais. Tendo por base o objetivo primário do estudo, o mesmo foi atingido, permitindo conhecer melhor a exposição a diversos fatores de risco psicossocial na UCC, demonstrando, também, a existência de interligações entre diversos fatores, como seria previsível perante os resultados apresentados pela literatura. Ainda se vincou como a Saúde Ocupacional pode desempenhar um papel mais ativo, para além da mera consulta clínica, pois a interação e interligação entre as diferentes especialidades que a compõem, permite que todos os tipos de riscos associados ao desenvolvimento das atividades laborais, em especial os riscos psicossociais, sejam conhecidos e prevenidos de uma forma muito mais enaltecida. Assim, deste modo, também se enalteceu o contributo do Enfermeiro do Trabalho como facilitador e promotor de saúde no trabalho.

7. Bibliografia

- Assembleia da República (2009). Lei n.º 102/2009, 10 de setembro - Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República*, 1ª Série, N.º 176, 6167-6192.
- Assembleia da República (2014). Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro – Alteração ao Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República*, 1ª Série, N.º 19, 554-591.
- Chagas, D., & Reis, S. (2014). A influência da organização do trabalho na satisfação laboral dos trabalhadores. *International Journal on Working Conditions*, N.º 8, 83-97. Obtido de http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.8_Chagas,Reis_83.97.pdf
- Cruz, A. (2015). *Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do Distrito de Vila Real*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Obtido de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11991/1/Ana%20Lu%c3%adsa%20Sampaio%20Cruz.pdf>

- Cunha, S., & Neto, H.V. (2019). Condições psicossociais de trabalho em profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados. *CESQUA - Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*. N.º 2, 110-131.
- DGS – Direção Geral da Saúde (2020). Orientação n.º 009/2020 COVID-19: Procedimentos para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e para Unidades de Cuidados Continuados Integrado. Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/normas-e-orientacoes/>
- EU-OSHA (2002). Stress relacionado com o trabalho. 1-2. Obtido de <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/22/view>
- Freire, C. (2019). *A Relação entre as Práticas de Saúde e Segurança no Trabalho, Clima de Segurança e Comportamentos de Segurança: Um Estudo na Área da Saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos. Escola Superior de Gestão de Tomar - Instituto Politécnico de Tomar. Obtido de <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31430/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>
- Hermes, M.S., Sacomori, C., Araya-Castro, P., Torres, S.F., & Sperandio, F.F. (2022). Estratégias de enfrentamento, barreiras e facilitadores apontados por fisioterapeutas brasileiros diante a pandemia da covid-19. *International Journal on Working Conditions*, N.º 23, DOI: <https://doi.org/10.25762/vh61-ff86>
- 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*. N.º 2, 71-90. Disponível em https://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.2_HVN_71.90.pdf
- Neto, H.V. (2013). *Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho*. Documento pedagógico. V.N. Gaia: ISLA-IPGT.
- Neto, H.V. (2015). Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *International Journal on Working Conditions*. N.º 9, 1-21. Disponível http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.9_HVN.p.1-21.pdf
- Neto, H.V. (2020). Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho – Versão Pandemia Covid. Documento pedagógico. V.N. Gaia: ISLA.
- Nogueira, J. (2009). Cuidados Continuados - Desafios. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Obtido: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Cuidados%20Continuados%20-%20Desafios,%202009.pdf>
- OE&ANET – Ordem dos Enfermeiros & Associação Nacional dos Enfermeiros do Trabalho (2014). *O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional* – do original: The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8894/livroenfermagemtrabalhoos_vfinal_proteg.pdf
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, B. J. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. N.º 38 (3_suppl), 8-24. *Scandinavian Journal of Public Health*. doi:<https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
- Pinto, J., Basto, M., & Corticeiro Neves, M. (2016). *LMERT e Riscos Psicossociais – Avaliação Integrada*, 19-26. ASVDS - Associação Vertentes e Desafios da Segurança.
- Santos, J. M., & Teixeira, Z. (2009). O stress profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 368-378. Doi: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1290/2/368-378_FCS_06_-3.pdf
- Silva, C.F., Amaral, V., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., Pereira, A., & Bem-haja, P. (2012). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ - Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Silva, C. F., Bem-Haja, P., Amaral, V., Pereira, A., Pereira, A. M., Cotrim, T. P., & Rodrigues, V. (2014). Versão Portuguesa do Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ II. In H.V. Neto, J. Areosa, & P. Arezes (Eds), *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho* (347-365), Porto: Civeri Publishing.
- Silva, N.J. & Neto, H.V. (2018). Nível de stresse, exaustão profissional e coping em profissionais de enfermagem num serviço de cuidados paliativos em situações agudas. *International Journal on Working Conditions*, N.º 15, 96-112.
- WHO – World Health Organization (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Disponível em https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.