



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**RISCOS PSICOSSOCIAIS E SAÚDE DOS
PROFISSIONAIS NUMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e
Saúde Pública

Por

Maria Manuela Pinto Borges

Porto - junho de 2023



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**RISCOS PSICOSSOCIAIS E SAÚDE DOS
PROFISSIONAIS NUMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

**PSYCHOSOCIAL RISKS AND HEALTH OF
PROFESSIONALS IN A PUBLIC HEALTH UNIT
SITUATION DIAGNOSIS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em
Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e
Saúde Pública

Por

Maria Manuela Pinto Borges

Sob orientação de

Prof. Doutor Armando Almeida

Porto - junho 2023

RESUMO

O presente relatório, surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e relata o percurso efetuado para a aquisição de competências, decorrente do estágio realizado numa Unidade de Saúde Pública (USP) na Região do Norte de Portugal.

Os riscos psicossociais associados à atividade laboral apresentam-se como um problema de saúde pública de elevada magnitude, uma vez que podem ser responsáveis pelos fenómenos de absentismo e presenteísmo laboral, baixa produtividade, bem como fraca motivação dos profissionais. Desta forma, emerge a necessidade de investigar esta problemática devido ao impacto negativo que pode causar na saúde dos profissionais. As estratégias de promoção da saúde devem centrar-se na prevenção desses riscos. Foi realizado um diagnóstico de situação sobre os riscos psicossociais e saúde dos profissionais da USP, tendo por base o Planeamento em Saúde.

Tratou-se de um estudo descritivo transversal, com metodologia quantitativa, em que participaram 17 profissionais que desempenham funções na USP. Para recolha de dados sobre a exposição dos trabalhadores a fatores de risco psicossocial, foi utilizado o instrumento “*Copenhagen Psychosocial Questionnaire*” (COPSOQ II) versão média, validado para a população portuguesa em 2011.

A análise dos dados foi meramente descritiva, de modo a avaliar a perceção que os profissionais têm sobre os fatores de risco psicossocial a que estão expostos e de que modo podem interferir com a saúde.

As sub-dimensões percecionadas e avaliadas como de maior risco para a saúde foram o apoio social de superiores e o burnout; com uma avaliação moderada de risco emergiram a confiança horizontal, as exigências emocionais, a previsibilidade e o stresse. Em sentido contrário, como fatores protetores para a saúde surgiram a confiança vertical, as possibilidades de desenvolvimento e as exigências cognitivas.

Face aos resultados é possível inferir que o trabalho destes profissionais de saúde é percecionado como desafiador e cognitivamente estimulante, mas de grande exigência e com pouco suporte das chefias, fatores que provocam desgaste na equipa. Assim, com esta intervenção, pretendeu-se promover a consciencialização dos profissionais sobre a problemática de modo a potenciar mudanças organizacionais e individuais, e criar as bases para um ambiente laboral mais saudável. Todo este trabalho reflete a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, e de Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Palavras-chave: Riscos psicossociais, Impacto Psicossocial, Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

This report comes within the framework of the master's Course in Nursing with Specialization in Community Nursing, in the area of Community Health and Public Health Nursing, and reports on the path taken to acquire skills, resulting from the internship carried out in a Public Health Unit (USP) in the Northern Region of Portugal.

The psychosocial risks associated with work activity are a public health problem of high magnitude, since they may be responsible for the phenomena of absenteeism and work presenteeism, low productivity, as well as poor motivation of professionals. In this way, the need to investigate this problem emerges due to the negative impact that it can have on the health of professionals. Health promotion strategies should focus on preventing these risks. A situation diagnosis was carried out on the psychosocial and health risks of USP professionals, based on Health Planning.

It was a cross-sectional descriptive study, with a quantitative methodology, in which 17 professionals who work at USP participated. To collect data on workers' exposure to psychosocial risk factors, the instrument "Copenhagen Psychosocial Questionnaire" (COPSOQ II) medium version, validated for the Portuguese population in 2011, was used.

Data analysis was merely descriptive, in order to assess the perception that professionals have about the psychosocial risk factors to which they are exposed and how they can interfere with health.

The sub-dimensions perceived and evaluated as having the greatest risk for health were social support from superiors and burnout; with a moderate risk assessment emerged horizontal trust, emotional demands, predictability and stress. On the other hand, vertical trust, development possibilities and cognitive requirements emerged as protective factors for health.

In view of the results, it is possible to infer that the work of these health professionals is perceived as challenging and cognitively stimulating, but very demanding and with little support from managers, factors that cause wear and tear on the team. Thus, with this intervention, it was intended to promote the awareness of professionals about the problem in order to promote organizational and individual changes and create the bases for a healthier work environment. All this work reflects the acquisition of master's in nursing skills, and Specialist in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing.

Keywords: Psychosocial Risks, Psychosocial Impact, Health Professionals.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste árduo percurso não teria sido possível sem o apoio e incentivo constante de várias pessoas.

Ao Professor Armando Almeida, pela disponibilidade e assertividade constante.

À minha tutora de estágio, pela dedicação, pelo acompanhamento e pela partilha de conhecimento.

Aos profissionais da Unidade de Saúde Pública, sem vocês não teria sido possível.

Às minhas amigas de sempre, elas sabem quem são, por acreditarem em mim, e por estarem sempre disponíveis quando precisei.

À minha família, as minhas desculpas por não ter estado tão presente, e pelo incentivo ao longo deste ano e meio.

À minha mãe, por estar sempre presente.

Ao meu pai, pelos ensinamentos que me deixou, as saudades são mais que muitas.

Ao meu marido, pelo amor, pelas palavras no momento certo, e por toda a compreensão demonstrada nesta caminhada.

Aos meus filhos, pela felicidade contagiante nos dias mais difíceis, e por serem como são.

A todos, muito obrigada.

PENSAMENTO

Todos os dias são um bom recomeço para se alcançar os nossos objetivos...

LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AESST	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
CE	Comissão Europeia
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
CSP	Cuidados de Saúde Primários
Dec. Lei	Decreto-Lei
DGS	Direção-Geral da Saúde
EEECESCSP	Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
ENESER	Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes
MPSNP	Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PNSO	Programa Nacional de Saúde Ocupacional
SSST	Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO SOBRE A PROBLEMÁTICA	19
1.1. Contexto de estágio.....	19
1.2. Riscos Ocupacionais emergentes	20
1.3. Risco Psicossocial e Fatores de Risco Psicossocial.....	22
1.4. Riscos Psicossociais no local de trabalho	25
1.5. Consequências dos Riscos Psicossociais	29
1.6. Referencial Teórico - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	29
CAPÍTULO 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	33
2.1. Diagnóstico de Situação.....	33
2.1.1. Definição da área programática	34
2.1.2. Objetivos gerais e específicos.....	34
2.1.3. Constituição da equipa de trabalho.....	35
2.1.4. Identificação e caracterização da população em estudo	35
2.1.5. Desenho do estudo.....	35
2.1.6. Seleção das variáveis/Instrumento de recolha de dados	35
2.1.7. Pré-teste	39
2.1.8. Procedimentos éticos	39
2.1.9. Procedimento de recolha de dados	39
2.1.10. Procedimento de análise de dados	40
2.2. Apresentação e discussão dos resultados.....	41
2.2.1. Discussão dos resultados por sub-dimensão afetada	43
2.3. Problemas Identificados.....	55
2.4. Definição de Prioridades.....	56
2.5. Aplicação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender no estudo realizado	56
2.5.1. Definição de Objetivos	59
2.5.2. Seleção de estratégias	59
2.5.3. Indicadores Epidemiológicos	61
CAPÍTULO 3. ATIVIDADES RELEVANTES DESENVOLVIDAS	63
CAPÍTULO 4. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS...	67
CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados - COPSOQ.....	82
Anexo II - Autorização do Coordenador do Agrupamento de Centros de Saúde.....	86
Anexo III - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte.....	87
Apêndice I - Esquematização do Instrumento de Recolha de Dados	88
Apêndice II - Pedido de autorização para utilização do Instrumento de Recolha de Dados – COPSOQ.....	93
Apêndice III - Apresentação do Projeto à Equipa	95
Apêndice IV - Apresentação dos resultados obtidos com a aplicação do Instrumento COPSOQ.....	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por tercís das sub-dimensões do COPSOQ	42
Gráfico 2 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "exigências laborais"	43
Gráfico 3 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "organização do trabalho e conteúdo" ..	44
Gráfico 4 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "relações sociais e liderança"	46
Gráfico 5 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "interface trabalho-indivíduo"	48
Gráfico 6 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "valores no local de trabalho"	49
Gráfico 7 - Distribuição por tercís da sub-dimensão "personalidade"	50
Gráfico 8 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "saúde e bem-estar"	51
Gráfico 9 - Distribuição em tercís da sub-dimensão "comportamentos ofensivos"	52

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação das médias dos fatores de risco nos profissionais da USP com as médias de referência no setor da saúde	53
Quadro 2 - Comparação das médias dos fatores de proteção nos profissionais da USP com as médias de referência no setor da saúde	54
Quadro 3 - Problemas identificados	55
Quadro 4 - Objetivos da intervenção	59
Quadro 5 - Estratégias de Intervenção	60
Quadro 6 - Indicadores epidemiológicos dos fatores de proteção	61
Quadro 7 - Indicadores epidemiológicos dos fatores de risco	61
Quadro 8 - Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária	67
Quadro 9 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação do Modelo de Controlo e Exigência de Karasek e Theorell (1990)	24
Figura 2 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de Health Promotion in Nursing Practice	31
Figura 3 - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender Adaptado	58

INTRODUÇÃO

O presente documento integra-se na unidade curricular Estágio Final e Relatório do 15.º curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, lecionado na Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Este percurso académico de formação pós-graduada especializada, visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada a famílias, grupos e comunidades. O estágio a que este documento se refere decorreu entre 5/9/2022 a 6/2/2023, num total de 20 semanas, numa USP da região Norte de Portugal. Estas unidades funcionais têm como missão a melhoria contínua do estado de uma população, indo ao encontro do Plano Local de Saúde (PLS) da área geográfica onde se inserem e em alinhamento com o Plano Nacional de Saúde (PNS).

Segundo o Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril, as equipas das USP gerem programas e projetos em diversas áreas, entre as quais se encontra a saúde ocupacional. Esta é uma área que tem vindo a sofrer rápidas alterações que representam desafios para a saúde e segurança dos trabalhadores, que se agravaram com a Pandemia por Covid 19 (Labrague, 2021; Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2021; Sumiya et al., 2021), evidenciado o crescimento das exigências de trabalho, com maior compromisso na interação trabalho-família, aumento no nível de stress e maior prevalência de burnout e presenteísmo (Borges et al., 2021a; Lai et al., 2020).

As USP, tendo em conta o acréscimo de trabalho e stresse gerado pela gestão da pandemia de Covid 19, são, por isso, locais potencialmente propícios ao desenvolvimento de problemas de índole psicossocial e, que, no momento, ainda se encontram por diagnosticar. Nesse sentido, tendo por paradigma que o local de trabalho se assume como o responsável pelo surgimento de riscos psicossociais, é também o cenário ideal para

estabelecer a identificação e presença destes, permitindo a adoção de estratégias de intervenção (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021).

Na USP, onde foi realizado o estágio, era perceptível em diálogo com os profissionais que a pandemia tinha perturbado a organização e o conteúdo do trabalho, bem como as relações interpessoais, o que poderia estar a causar um impacto negativo na sua saúde. Desta forma, considerámos que o estudo dos riscos psicossociais ia ao encontro dos objetivos da unidade curricular de Estágio e Relatório. Assim, foi acordada a realização de um estudo tendo por foco o ambiente organizacional, de modo a identificar quais os determinantes de saúde que podiam estar a afetar os profissionais, e que deu origem a um diagnóstico de situação centrado nos potenciais Riscos Psicossociais e na Saúde dos Profissionais da USP.

Com a elaboração deste relatório pretendemos revelar os resultados desse trabalho e descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, demonstrando a aquisição e o desenvolvimento de competências de mestre e de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECESCSP), pelo que se definem os seguintes objetivos:

- retratar as atividades realizadas durante o estágio, necessárias à aquisição das competências mencionadas;
- apresentar o diagnóstico de situação que espelhe os riscos psicossociais sentidos pela equipa de profissionais da USP.
- refletir sobre as competências adquiridas.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos:

- no primeiro, irá ser realizado um enquadramento teórico sobre a temática dos riscos psicossociais, que sustenta o diagnóstico de situação realizado;
- no segundo serão narradas as atividades desenvolvidas no âmbito do Planeamento em Saúde que permitiram a realização do diagnóstico de situação;
- no terceiro serão descritas as atividades realizadas ao longo do estágio;
- no último, será realizada uma reflexão sobre o percurso efetuado e a forma como foram adquiridas as competências do EEECESCP.

Segue-se a conclusão do relatório e as referências bibliográficas, sendo que para este documento se optou pela norma de referenciação da American Psychological Association 6.^a Edição.

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO SOBRE A PROBLEMÁTICA

Neste capítulo pretendemos explicar o enquadramento teórico e o quadro concetual que orientou o diagnóstico de situação realizado na USP.

1.1. Contexto de estágio

Em 2008 assistiu-se a mais um marco histórico na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através do Decreto-Lei (Dec. Lei) 28/2008, de 22 de fevereiro. Pretendia-se dar continuidade ao acesso dos cidadãos a cuidados de saúde, sem esquecer uma gestão eficiente, que permitisse, ainda assim, a obtenção de ganhos em saúde, algo que já tinha sido iniciado com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), em 2007 (Ministério da Saúde, 2008).

Esta legislação possibilitou que os ACES, que podem englobar um ou mais Centros de Saúde, tivessem autonomia administrativa, sendo constituídos por diferentes unidades funcionais: as já existentes USF e as recém-criadas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e as USP, em intercooperação com o centro de saúde e os ACES.

As USP têm como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. De modo a dar resposta a este compromisso, e como autoridade de saúde, emitem informação em domínios da saúde pública, realizam vigilância epidemiológica, orientam programas de intervenção com o objetivo de prevenir, promover e proteger a saúde em geral ou de grupos específicos (Ministério da Saúde, 2008).

No entanto, como já se disse, com a pandemia, emergiram novas necessidades de saúde pública, provocando um aumento das exigências laborais nas USP e expondo os profissionais que lá trabalham ao fenómeno emergente dos Riscos Psicossociais de índole laboral.

1.2. Riscos Ocupacionais emergentes

Segundo a Norma Portuguesa 4397:2008 que regulamenta os Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde do Trabalho, que foi adaptada a partir da Norma da Occupational Health and Safety Assessment Specification - OHSAS 18001:2007, o risco surge com a combinação da probabilidade de ocorrência de um acontecimento perigoso ou face à exposição a um fator de risco com severidade da lesão ou doença que possam ser causadas pelo acontecimento ou exposição.

O conceito de risco é também definido como a probabilidade de concretização do dano em função das condições de utilização, exposição ou interação do componente material do trabalho que apresente perigo (Assembleia da República, 2009).

Para ocorrer um risco é necessário haver um perigo, sendo este definido como uma propriedade intrínseca de uma instalação, atividade, equipamento, um agente ou outro componente material do trabalho com potencial para provocar dano (Assembleia da República, 2009).

As mudanças tecnológicas, económicas e sociais que se têm verificado a nível global potenciam alterações nas organizações e, conseqüentemente, na concetualização do trabalho, levando ao aparecimento de novos riscos ocupacionais emergentes, em que é necessário intervir.

Os Riscos Ocupacionais emergentes são entendidos como novos riscos e riscos que estão a aumentar (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, [AESST] 2007).

Risco é considerado novo quando é:

- Desconhecido até ao momento;
- Causado por novas tecnologias, novos processos, novos tipos de local de trabalho ou mudanças sociais de trabalho;
- Problema de longa data, mas que, recentemente, foi considerado um risco devido a uma mudança na perceção pública;
- Um assunto de longa data, mas que os novos conhecimentos científicos permitem que passe a ser identificado como um risco.

Risco é considerado que está a aumentar quando:

- O número de perigos que conduzem ao risco está a crescer;
- A probabilidade de exposição ao perigo que conduz ao risco está a subir;
- O efeito do perigo na saúde dos trabalhadores está a piorar.

Face ao descrito, têm ocorrido esforços governativos e académicos, de modo a identificar e atuar sobre os fatores de risco que ameaçam a segurança e saúde no trabalho. Segundo Areosa e Neto (2014), iniciou-se uma estratégia comunitária em 2002, que tem vindo a ser atualizada periodicamente, sendo o último documento denominado “*Quadro Estratégico da UE para a Saúde e Segurança no Trabalho 2021-2027*”, no qual a comissão europeia define as suas ações sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores, face às mudanças na economia, na demografia e nos padrões de trabalho (Comissão Europeia, [CE] 2021).

Aquando da implementação da primeira estratégia comunitária, em 2002-2006, foram concretizadas três ações cruciais (Areosa & Neto, 2014):

- A Criação do Observatório Europeu dos Riscos, tendo em vista a monitorização dos riscos novos e emergentes, a fim de melhorar a oportunidade e a eficácia de medidas preventivas;

- A realização do inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes (ENESER), com o intuito de conhecer as opiniões de gestores e de representantes dos trabalhadores sobre a gestão dos riscos ocupacionais;

- O recurso à metodologia Delphi para obtenção de previsões sobre os riscos emergentes físicos, químicos, biológicos e psicossociais.

Num estudo Delphi, realizado entre 2003-2004, por peritos da CE, dos Estados Unidos da América e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), é documentado que em 42 riscos psicossociais relacionados com o trabalho, 8 deles eram considerados fortemente emergentes, 19 como emergentes, 14 como indecisos e 1 como não emergente. Os 10 mais importantes riscos psicossociais considerados como emergentes estavam relacionados com cinco fatores de risco: novas formas de contratação e insegurança laboral, envelhecimento da população ativa, intensificação de trabalho, exigências emocionais e fraca articulação família/trabalho (AESST, 2007, citada por Coelho, 2009).

O aumento dos riscos psicossociais pode justificar-se devido a considerar-se a saúde como algo global, conquistável, e que pode sofrer alterações devido à vivência do indivíduo (Pereira & Ribeiro, 2017).

Segundo a Diretiva 89/39, a avaliação e a gestão dos riscos psicossociais estão entre as obrigações dos empregadores (CE, 89). Contudo, apesar do crescente esforço regulamentar, uma elevada percentagem de trabalhadores continua exposta a riscos psicossociais, o que ficou ainda mais evidenciado com a Pandemia Covid 19 (CE, 2021).

As evidências sugerem que é necessário enfrentar os riscos que condicionam o bem-estar psicossocial, sendo esse um processo que envolve várias etapas e mudanças organizacionais. Contudo, ainda existe pouca literatura sobre a prevenção e intervenção desses riscos. Desta forma, a CE pretende investir em projetos que permitam o desenvolvimento e a implementação de intervenções de promoção em saúde e prevenção da doença mental relacionada com o trabalho (CE, 2021).

1.3. Risco Psicossocial e Fatores de Risco Psicossocial

Devido às novas configurações do trabalho, os fatores que potenciam riscos psicossociais assumiram maior relevo técnico-científico, devido à consolidação do paradigma da promoção das condições de trabalho e da qualidade de vida no trabalho (Neto et al., 2014).

Em 1984, a OIT publicou o primeiro documento sobre os riscos psicossociais, sinalizando a importância de intervir nesta área.

Apesar de persistir alguma indistinção entre os dois conceitos (risco psicossocial e fator de risco psicossocial), em grande parte devido à dificuldade nos processos de avaliação e intervenção na área, têm vindo a ser realizadas desde essa data pesquisas para aumentar o leque de soluções a propor (Weissbrodt & Giaque, 2017).

Outra razão que dificulta a definição dos dois conceitos é que os seus construtos são muito abrangentes, elencando várias contribuições teóricas de base sociológica que, apesar de abrangente, não se aprofundam na discussão da forma de interpretação dos fatores de risco e dos riscos psicossociais (Rodrigues et al., 2020).

O risco psicossocial pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de dano na saúde mental, física e social de um trabalhador, devido às condições de emprego e a fatores organizacionais e relacionais (DGS, 2021; Gollac & Bodier, 2011).

Os fatores de risco psicossocial no trabalho podem ser agrupados em seis dimensões: a intensidade do trabalho e tempos de trabalho; as exigências emocionais; a falta/insuficiência de autonomia; a má qualidade das relações sociais no trabalho; os

conflitos de valores e a insegurança na situação de trabalho/emprego (Gollac & Bodier, 2011).

Para serem considerados verdadeiros fatores de risco psicossocial, é necessário que sejam considerados importantes para o trabalhador, que envolvam exigências que ultrapassem os recursos do trabalhador e que sejam percebidos como excessivos, devido ao fraco suporte social (DGS, 2021).

A relação entre os fatores de risco psicossocial e os seus possíveis efeitos na saúde pode ser explicada com o referencial teórico, denominado **Modelo Exigências e Controle (JD- C)**. Este modelo serviu de base para a construção do Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ, tendo sido este instrumento de recolha de dados utilizado no nosso estudo.

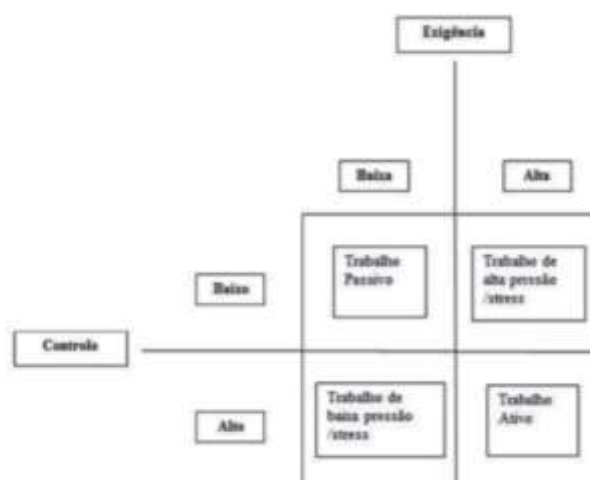
O modelo JD- C procura explicar o stresse como consequência das elevadas exigências no trabalho e de um baixo apoio social (Kristensen et al., 2005). Explica ainda a interação entre os aspetos psicossociais do trabalho, a saúde, a saúde física e mental, bem como a satisfação e produtividade (Almeida et al., 2016).

As exigências de trabalho são definidas como agentes potenciadores de stresse psicológico, como o excesso de trabalho, a insuficiência de tempo e indicações pouco claras. O controlo é a capacidade de o trabalhador poder controlar as suas atividades e competências. Este controlo é composto por dois elementos: a autoridade do trabalhador para decidir e as capacidades que possui e que utiliza no seu trabalho (Karasek, 1979, citado por Wecki, 2015).

Uma laboração ativa conduz a uma resposta positiva, enquanto um trabalho realizado sob pressão leva a um resultado negativo. Por sua vez, um trabalho com muitas exigências e em que o trabalhador tem pouco poder de decisão desencadeia sintomas de stresse.

A representação do modelo JD- C é apresentada na figura 1.

Figura 1 - Representação do Modelo de Controlo e Exigência de Karasek e Theorell (1990)



Fonte: Almeida et al., 2016

O COPSOQ foi desenvolvido por Kristensen e Borg, de 2000 a 2002, na Dinamarca, com a colaboração do Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen. Devido à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação de muitas das mais relevantes dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral, é usado em muitos estudos de investigação (Silva, 2013).

Este instrumento segue um conceito multidimensional e destina-se a cobrir as necessidades gerais envolvidas na abrangência do conceito de “stress no trabalho”. Estão incluídas as dimensões psicossociais com evidência epidemiológica de relação com a saúde e que medem os “indicadores de exposição (fatores de riscos psicossociais) e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e stress)” (Silva, 2013, p. 4).

O COPSOQ foi validado e aferido em diversos contextos, inclusive no contexto português, onde foram avaliados diferentes setores profissionais, como a Indústria, o Ensino, os Serviços e o Comércio, a Saúde, a Administração Pública e as Forças Policiais (Silva, 2013). É também um instrumento referenciado no documento *Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho*, (DGS, 2021).

Por essas duas razões, considerámos ser um instrumento de recolha de dados adequado para a realização do diagnóstico de situação sobre os riscos psicossociais.

1.4. Riscos Psicossociais no local de trabalho

Os riscos psicossociais foram reconhecidos como um problema de saúde pública, sendo considerados como um dos desafios para a segurança e saúde ocupacional e estando relacionados com problemas como o stresse ocupacional e o burnout (Coelho, 2009). Este autor faz ainda referência à adição ao trabalho, à fadiga e carga mental do trabalho, ao trabalho emocional e ao tecnostresse como riscos psicossociais.

Stresse Ocupacional e síndrome de burnout

O stresse ocupacional pode ser definido como uma resposta nociva, quer a nível físico, quer emocional do trabalhador, face às exigências e pressões do trabalho que não se encontram ajustadas aos seus conhecimentos e capacidades, pondo à prova as suas estratégias para lidar com situações desafiadoras (Leka et al., 2003, Freitas 2022). Quando os recursos para equilibrar a interação entre o trabalhador e o ambiente laboral se tornam ineficazes surge o stresse ocupacional. Desta forma, o stresse não tem origem numa única fonte e resulta da tríade características do trabalhador, tipo de trabalho e características da organização (Ribeiro, 2012).

Na Europa, o stresse afeta cerca de 40 milhões de profissionais, sendo responsável por aproximadamente 50 a 60 % de todos os dias de trabalho perdidos, levando ao aumento dos custos nas organizações e dano nos trabalhadores (AESST, 2023).

O stresse é já um fenómeno que tem sido estudado por investigadores, contudo não lhe tem sido atribuída a importância necessária nas instituições de saúde e nos serviços de Saúde Ocupacional (Baldonado et al., 2018).

Os fatores que podem desencadear stresse no trabalho são: o papel na organização, as possibilidades de desenvolvimento de carreira, os relacionamentos no trabalho e o clima organizacional. Acresce a estes fatores as características individuais e o contexto sócio-familiar, podendo atenuar ou aumentar o stresse (Neto, 2019).

O quarto ENESER concluiu que 22% dos trabalhadores de 25 Estados-Membros e de dois países em vias de adesão à CE referenciaram sofrer de stresse devido ao trabalho (AESST, 2023).

No terceiro Inquérito, alguns dos dados obtidos em Portugal foram os seguintes (AESST, 2023a):

- **81,8** % dos trabalhadores questionados responderam que no local de trabalho não possuem um plano de ação para prevenir o stresse laboral;

- **53,3 %** referiram que nos 3 últimos anos não tinha sido feito um plano de reorganização do trabalho, de modo a reduzir as exigências da função e a pressão profissional;
- **61,6 %** não tiveram formação em gestão de conflitos;
- **77,7 %** não tiveram intervenção em caso de horas longas ou irregulares;
- **75,4 %** não tiveram oportunidade de tomar decisões sobre como gerir o seu trabalho.

Em 27 de Maio de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu o burnout como doença, relacionando-o como uma síndrome resultante de stresse ocupacional crónico que não foi gerido eficazmente.

As reações dos indivíduos face ao stresse podem ter um efeito positivo *eusstresse* ou um efeito negativo *distresse*, e em situações de stresse patológico podem levar a burnout.

O *eusstresse*, ou stresse saudável, decorre da motivação pelos desafios profissionais, em que a pessoa, estando sob pressão, consegue esforçar-se para a obtenção de resultados, produzindo uma sensação de bem-estar.

O *distresse*, ou *stresse disfuncional*, provoca um impacto negativo no indivíduo, uma vez que as exigências laborais e o excesso de solicitações originam distúrbios físicos e psicológicos.

No burnout, ocorre uma situação de exaustão física, mental e emocional, condicionando o indivíduo nas tarefas do dia-a-dia e originando um estado de depressão e fadiga física (Freitas, 2022).

A incidência desta síndrome é maior em determinadas profissões, sendo que as profissões da saúde e da educação são as que apresentam maior incidência.

Segundo vários autores, o burnout aparece como resposta ao stresse ocupacional, devido à exposição prolongada a situações de elevada exigência emocional (Coelho, 2009).

São vários os autores que definem esta síndrome, mas o autor mais referenciado na literatura é Maslach e Jackson.

Existem três aspetos que caracterizam o burnout (Coelho, 2009):

- **O esgotamento ou cansaço emocional** refere-se à diminuição ou perda de recursos emocionais.;
- **A despersonalização** associa-se a posturas negativas, frias e com afastamento profissional;
- **A falta ou diminuição da realização pessoal** torna-se evidente com sentimentos de menor capacidade, realização e produtividade.

Num estudo realizado entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado (Marôco et al., 2016). Torna-se necessária a adoção de estratégias a nível individual e organizacional para prevenção de burnout, bem como formações sobre estratégias de controlo de stresse e autorreconhecimento de burnout (Lopes et al., 2022).

Adição no trabalho

A adição no trabalho é um dos riscos emergentes menos estudados a nível da Europa, contudo no Brasil já se encontram documentados estudos sobre a temática (Carlotto et al., 2014; Vergara et al., 2020). Caracteriza-se pelo trabalho excessivo, até ao extremo de apenas ter interesse no trabalho e não disponibilizar tempo para outras atividades; ao mesmo tempo, a pessoa é incapaz de se libertar desta compulsão. São os designados “Workaholics” (Libano et al., 2010).

Fadiga e carga mental no trabalho

O termo fadiga está relacionado com cansaço físico ou psicológico e, por norma, é uma situação temporária e reversível, que desaparece após um descanso apropriado. Associado à fadiga, apresenta-se a carga mental ou cognitiva do trabalho, em que o indivíduo mobiliza esforços para cumprimento de uma tarefa que exige tratamento de informação (Coelho, 2009; González, 2007).

Este conceito tem assumido maior relevância, uma vez que os locais de trabalho exigem cada vez mais esforço mental, devido à intensificação de trabalho, bem como à presença de tarefas repetitivas e monótonas.

Estas exigências interferem com a saúde dos trabalhadores e, por sua vez, com o desempenho laboral e, conseqüentemente, com os objetivos das organizações (Cabrera et al., 2013).

Tecnostresse

O tecnostresse está relacionado com os efeitos negativos do uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC), tendo sido documentado pela primeira vez em 1984, pelo psiquiatra Craig Brod.

Decorrente dos avanços tecnológicos observados nas últimas décadas, as organizações têm investido nas TIC, contudo nem sempre os profissionais têm habilidade para lidar com isso de forma saudável.

É exigida maior capacidade cognitiva, originando maior sobrecarga mental nos profissionais, o que provoca o tecnostresse (Chaves et al., 2019).

Num estudo realizado em 2019, em Portugal, em que se caracterizou o nível de stresse em profissionais de cuidados de saúde primários (CSP), concluiu-se que é necessária a implementação e monitorização de medidas que potenciem melhor o uso das TIC nos CSP, de modo a reduzir o risco de tecnostresse (Chaves et al., 2019).

Trabalho Emocional

No início dos anos 80, foram realizados os primeiros estudos sobre esta temática com a socióloga Arlie Russell Hochschild, que definiu o trabalho emocional “como indução ou supressão dos sentimentos para manter a aparência exterior, que resulta no cuidado com os sentimentos dos outros, proporcionando um ambiente seguro” (Hochschild 1983, citada por Diogo & Mendonça, 2019, p. 34).

Para se falar em trabalho emocional são necessárias as seguintes premissas:

- Interações cara a cara, ou voz a voz;
- As emoções dos profissionais serem utilizadas para intervir nas emoções e ações de outras pessoas;
- Ocorrer em profissões nas quais se fomentam as relações entre pessoas;
- A interação desenvolver-se segundo regras e para cada situação existirem condutas apropriadas.

Numa scoping review realizada em 2019 sobre trabalho emocional em cuidados de saúde, concluiu-se que os profissionais de saúde precisam de controlar as suas emoções para poderem também ajudar os clientes a gerirem os seus sentimentos. Desta forma, o trabalho emocional assume-se como pedra basilar nos cuidados que são prestados. As várias classes de profissionais de saúde percebem que o trabalho emocional pode influenciar o processo terapêutico.

De salientar que na revisão foi detetada disparidade entre as investigações realizadas a nível hospitalar e em comunidade, sendo necessário fomentar investigação nesta área a nível da comunidade, uma vez que são poucos os estudos existentes (Diogo & Mendonça, 2019).

1.5. Consequências dos Riscos Psicossociais

A presença de riscos psicossociais no trabalho traduz-se num impacto negativo, quer a nível organizacional, quer individual.

A nível organizacional, são descritos os fenómenos de “absentismo, presenteísmo, desemprego, insegurança contratual, sentimento de falta de reconhecimento, sentimento de resignação e indiferença, falta de envolvimento e participação, fraco desempenho profissional e aumento das greves” (Neto, 2015 p.5).

É também referido por Coelho (2009) o aumento de condutas laborais pouco seguras, bem como de acidentes de trabalho, a ocorrência de queixas por parte de quem recebe os serviços e pelos trabalhadores, e, conseqüentemente, o acréscimo de custos para funcionamento das organizações. É ainda observado o aumento de conflitos e a deterioração das relações interpessoais, bem como da imagem da organização perante o exterior.

A nível individual, observam-se consequências fisiológicas, físicas e psicológicas. A nível fisiológico, pode levar à hipertensão (entre outras doenças cardiovasculares, agravadas pela obesidade, relacionadas com maus hábitos alimentares), a alterações gastrointestinais e imunológicas, e a lesões músculo esqueléticas, relacionadas com o trabalho.

A nível psicológico, poderá ocorrer irritabilidade, défice de atenção, distúrbios de sono, angústia, agressividade, ansiedade, tristeza, depressão, infelicidade, desvinculação afetiva, comportamentos agressivos, suicídio e aumento de consumo de substâncias psicoativas, como o tabaco, álcool e drogas (DGS, 2021; Neto, 2015).

1.6. Referencial Teórico - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

A conceptualização de modelos e teorias de Enfermagem, que foram organizados em diferentes paradigmas, tem permitido compreender como os Enfermeiros praticam os seus cuidados e a forma como olham a Pessoa.

O primeiro paradigma, que foi o da sistematização, surgiu no século XIX e era centrado no modelo biomédico.

Posteriormente, nos anos 50, surgiu o paradigma da integração, emergindo o conceito da Pessoa Holística e o distanciamento do pensamento da Enfermagem, do da Medicina.

Nos anos 70, seguiu-se o paradigma da transformação, em que a pessoa é um agente ativo da sua tomada de decisão, sendo os profissionais de saúde veículos condutores para

essa decisão (Melo, 2020). No decurso deste paradigma, surge, em 1982, o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP), integrada na Escola do Cuidar, em que a comunidade é “encarada no processo de decisão em Enfermagem como um elemento fundamental na construção individual do projeto saúde-doença” (Melo, 2020, p. 24). Este modelo preconiza que a saúde pode ser alcançada por qualquer indivíduo, realçando o seu papel ativo na gestão de comportamentos de saúde (Victor et al., 2005; Pender et al., 2014).

É baseado em 5 conceitos (Vitor et al, 2005).

a) **Saúde** - evidencia-se a partir de comportamentos que envolvem o autocuidado, relacionamentos satisfatórios e atitudes que promovam um ambiente saudável e estruturado;

b) **Ambiente** - engloba a esfera social, cultural e física, na qual a vida se desenvolve e que pode ser moldada para facilitar comportamentos mais saudáveis;

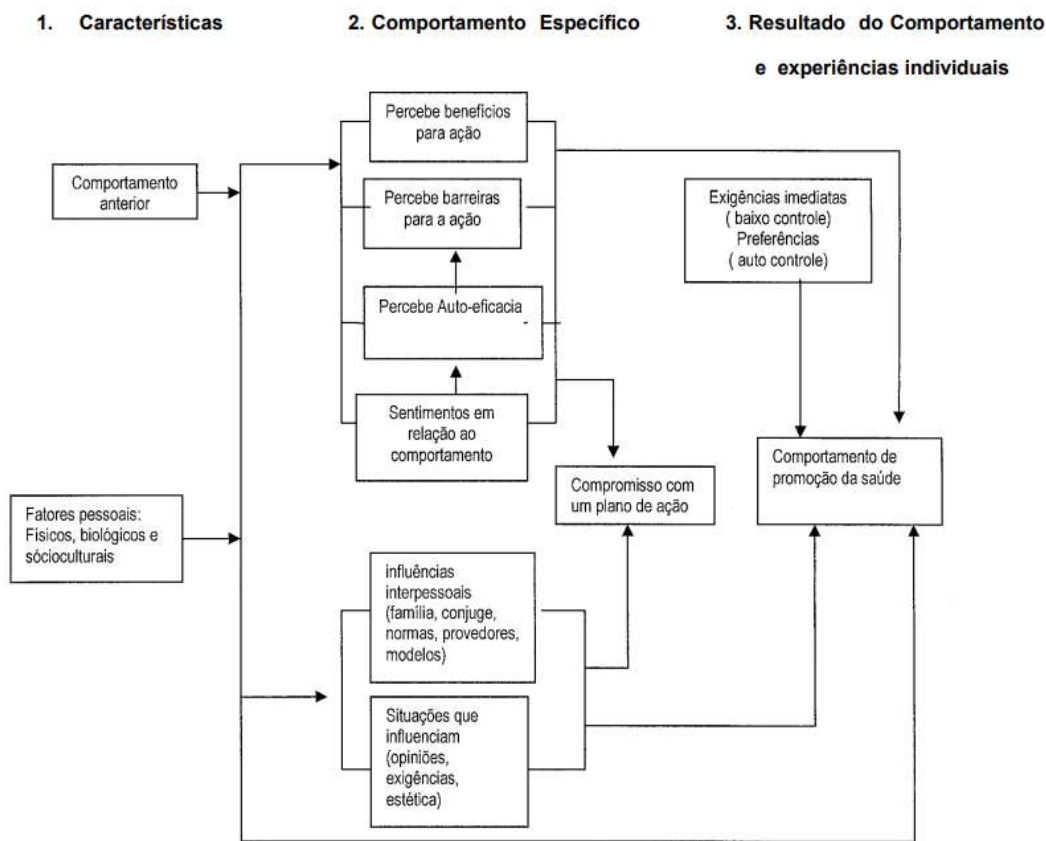
c) **Pessoa** - organismo biopsicossocial que é parcialmente moldado pelo ambiente e procura ambientes onde as suas características são facilmente expressas, apresentando potencial para tomada de decisão e alteração de comportamentos de saúde;

d) **Enfermagem** - ciência em que o enfermeiro dinamiza as suas intervenções com a comunidade, os indivíduos e as famílias, de modo a criar um ambiente que promova a saúde e o bem-estar;

e) **Doença** - pode ser aguda ou crónica e pode ajudar ou não na adoção de atitudes saudáveis.

Este modelo permite implementar e avaliar ações de promoção de saúde (J. Victor et al., 2005). Para tal, torna-se necessário o estudo da relação de três aspetos, como se apresenta na figura 2.

Figura 2 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de Health Promotion in Nursing Practice



Fonte: (Victor et al., 2005).

1 - As **características e experiências individuais** incluem os comportamentos anteriores e os fatores pessoais. O comportamento anterior surge como ponto de partida para o modelo, uma vez que é a condição padrão para a implementação de intervenções de enfermagem, além de influenciar a mudança de comportamento. Os fatores pessoais dividem-se em biológicos (raça, idade, índice massa corporal e agilidade), psicológicos (auto-estima, percepção da saúde e auto-motivação) e socioculturais (educação e nível socioeconómico), interferindo também na mudança de comportamento.

2 - Os **sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento** que se pretende alcançar são constituídos pelas seguintes variáveis (Victor et al., 2005):

- *percebe os benefícios para a ação* - através das conceções adquiridas sobre os benefícios para mudança de comportamento;
- *percebe as barreiras para a ação* - percepções negativas sobre um comportamento podem dificultar a mudança;

- *auto-eficácia percebida* - compreensão sobre as capacidades pessoais para executar as ações;
- *sentimentos em relação ao comportamento* - reflete a atitude emocional ou um pensamento positivo ou negativo;
- *influências interpessoais* - como a família, pares, prestadores de cuidados e normas existentes, que podem influenciar a mudança de comportamento;
- *influências situacionais* - o ambiente pode assumir-se como facilitador, ou não, para a adoção de determinados comportamentos.

3 - **Resultado do comportamento**, que engloba:

- *o compromisso com o plano de ação* - o indivíduo mantém-se no comportamento de saúde esperado, através das intervenções de enfermagem;
- *exigências imediatas e preferências* - as pessoas têm pouco controlo no comportamento que requer mudança;
- *comportamento de promoção da saúde* - que resulta da implementação do Modelo de Promoção da Saúde.

Desta forma, a Teoria de Nola Pender ajuda a tomada de decisão do enfermeiro, uma vez que contribui para a compreensão dos fatores relacionados com o processo biopsicossocial, analisando as variáveis que interferem no comportamento do indivíduo para a adoção de uma vida saudável (Bittencourt et al., 2018; Victor et al., 2005).

CAPÍTULO 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde assume-se como uma etapa decisiva na decisão clínica em Enfermagem. Em Portugal, surge de forma estruturada no século XX, nos anos 80, com a publicação do livro – “Metodologia do Planeamento em Saúde”, por Emílio Imperiatori e Rosário Giraldes.

O Planeamento em Saúde define-se como a *“racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos”* (Imperiatori & Giraldes, 1982, p.6).

Foca-se na identificação dos problemas junto das comunidades, para se intervir de forma adequada e potenciar mudança de comportamentos.

Pretendemos neste capítulo, seguindo as fases do Planeamento, explicitar como foi realizado o diagnóstico de situação.

2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do Planeamento em Saúde, que tem como objetivo detetar necessidades de uma população, de forma a implementar projetos que vão ao encontro de programas e do PNS, tendo em conta os recursos existentes (Tavares, 1992). Requer um conjunto de etapas estruturadas que são descritas de seguida.

2.1.1. Definição da área programática

Como já foi referido anteriormente, um dos compromissos da USP é a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

No início do estágio, através de uma reunião de consensos, definiu-se que a intervenção decorreria no âmbito da vigilância em saúde, junto de uma comunidade laboral, com o intuito de conhecer os determinantes de saúde que afetam os seus trabalhadores. Tendo em conta a situação relatada pelos profissionais da USP, iniciámos o estudo, denominado, “Riscos Psicossociais e Saúde dos Profissionais numa USP - Diagnóstico de Situação”.

Pretendíamos averiguar se os trabalhadores se sentem expostos a fatores de risco e estudar de que modo esses fatores (natureza; conteúdo e carga de trabalho; condições; organização e tempo de trabalho; contexto sócio relacional do trabalho; relação trabalho/vida familiar, social e cultural) interferem na sua saúde. Por outras palavras, de que modo o ambiente organizacional interfere na saúde dos trabalhadores da USP.

De forma a obter respostas ao que se pretendia estudar emergiu a seguinte questão: *“Que fatores de risco psicossocial interferem na saúde dos profissionais de uma USP?”*

Com a realização do diagnóstico de situação, pretendíamos dar resposta a uma das competências do: Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

2.1.2. Objetivos gerais e específicos

Face à questão de investigação, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

Objetivos gerais

Identificar os fatores de risco psicossocial que interferem na saúde dos profissionais da USP.

Consciencializar os profissionais da USP sobre os fatores de risco psicossocial e os seus efeitos sobre a saúde.

Objetivos específicos

Analisar a perceção dos profissionais sobre:

- as exigências laborais;
- as relações sociais;
- o estilo de liderança;
- a relação que estabelecem com o trabalho;
- a relação de confiança que desenvolvem com os colegas e superiores hierárquicos;
- a conciliação entre trabalho e família;
- as expectativas em relação ao trabalho desempenhado;
- a existência de comportamentos ofensivos.

2.1.3. Constituição da equipa de trabalho

A equipa de trabalho foi composta pela estudante de Mestrado, pela Enfermeira Especialista, tutora do estágio, e pelo Professor orientador do estágio.

2.1.4. Identificação e caracterização da população em estudo

O estudo desenvolveu-se numa USP da região do norte de Portugal. A população em estudo englobou todos os profissionais da USP: - 6 Enfermeiros; 2 Administrativos; 7 Técnicos de Saúde Ambiental; 5 Médicos de Saúde Pública, 2 Médicos Internos.

2.1.5. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de metodologia quantitativa, transversal observacional e descritivo, em que se pretende estudar condições de saúde ou doença e fatores associados numa população, num determinado tempo e lugar (Fronteira, 2021).

2.1.6. Seleção das variáveis/Instrumento de recolha de dados

Neste estudo não houve uma seleção de variáveis, visto que foi utilizado um instrumento já validado.

O instrumento possui 76 questões e 8 dimensões, correspondendo 7 dessas dimensões a fatores de risco psicossocial (exigências laborais; organização do trabalho e conteúdo; relações sociais e liderança; interface trabalho-indivíduo; valores no local de trabalho;

personalidade; e comportamentos ofensivos) e uma às consequências (saúde, satisfação e stress) desses fatores (Anexo I).

De seguida, irão ser explanadas as várias dimensões e sub-dimensões que constituem o instrumento, sendo que foi também realizada a sua esquematização (Apêndice I).

As **exigências laborais** englobam 4 sub-dimensões (Silva, 2013):

- exigências quantitativas do trabalho, que se definem pela relação entre a carga de trabalho e o tempo disponível para as executar (Moncada et al., 2014);
- ritmo do trabalho, que se define pelo poder de decisão entre o tempo de trabalho e as pausas. O facto de programar o tempo de trabalho é uma vantagem em relação às condições de trabalho (Moncada et al., 2014);
- as exigências cognitivas, que se relacionam com o processo de tomada de decisão, capacidade de criar ideias, controlo de múltiplas tarefas e, ao mesmo tempo, gestão de conhecimentos (Moncada et al., 2014);
- as exigências emocionais, que se referem à forma como o trabalho pode afetar os sentimentos, especialmente quando nos é exigida a capacidade de compreender a situação de outras pessoas (Moncada et al., 2014).

A dimensão **organização e conteúdo do trabalho** incorpora as seguintes sub-dimensões(Silva, 2013):

- influência no trabalho, que se traduz pelo poder de decisão e pela autonomia em relação ao conteúdo e às condições de trabalho (Moncada et al., 2014);
- possibilidade de desenvolvimento, que reflete as perspetivas de desenvolver competências (Moncada et al., 2014);
- significado de trabalho, que se relaciona com a possibilidade de o trabalhador sentir que aquilo que desenvolve é importante (Moncada et al., 2014);
- compromisso face ao local de trabalho, que se reporta ao envolvimento dos colaboradores com o trabalho relacionado com o significado e o conjunto de relações físicas e emocionais entre o trabalho e o trabalhador (Moncada et al., 2014).

A dimensão **relações sociais e liderança** agrega 7 sub-dimensões (Silva, 2013):

- a previsibilidade, que diz respeito à informação que é transmitida aos trabalhadores, devendo ser adequada e atempada de forma a permitir adaptar-se às alterações no trabalho (Moncada et al., 2014);
- o reconhecimento, que se traduz pelas informações que são dadas ao trabalhador sobre o trabalho desenvolvido, de modo a permitir ajustamentos e oportunidades de desenvolvimento (Moncada et al., 2014);
- a transparência do papel laboral, que resulta da definição dos objetivos e das responsabilidades dos colaboradores, de modo a direcionar e orientar o trabalho para a consecução de resultados eficientes, traduzindo transparência do papel laboral (Moncada et al., 2014);
- o conflito do papel laboral, que se traduz nas divergências entre os colegas ou que é derivado de um dilema ético, quando as exigências impostas ao trabalhador entram em conflito com as suas normas e os seus valores (Moncada et al., 2014);
- a qualidade da liderança, que se assume como fulcral para manter a motivação dos profissionais, devendo ser feita de forma justa e responsável (Moncada et al., 2014);
- o apoio social dos colegas e da chefia, que representa o aspeto funcional, o ato de receber a ajuda necessária no momento certo, quer dos colegas quer da chefia (Moncada et al., 2014).

A dimensão **interface trabalho e indivíduo** engloba as seguintes sub-dimensões (Silva, 2013):

- a insegurança laboral, que se traduz na precariedade dos contratos, na alteração das condições de trabalho e nas mudanças de horário e remuneração (Moncada et al., 2014);
- a satisfação no trabalho, que se relaciona com a perceção que o trabalhador tem sobre as condições de trabalho e a aplicação das suas capacidades (Moncada et al., 2014);
- o conflito trabalho-família, que ocorre quando as exigências e obrigações do trabalho influenciam de forma negativa a vida familiar e também como esta pode influenciar as funções laborais (Fuß et al., 2008; Moncada et al., 2014).

Os valores no local de trabalho são outra dimensão do questionário, que reúne as sub-dimensões (Silva, 2013):

- a confiança vertical, que se traduz na confiança entre subordinados e chefia, na partilha de informações entre ambos, com liberdade para exprimirem os seus pontos de vista (Moncada et al,2014);
- a confiança horizontal, que se expressa pela confiança que existe entre os profissionais (Moncada et al., 2014);
- a justiça e o respeito, que se traduzem na equidade na resolução de problemas, bem como na valorização do trabalho e na justa distribuição do trabalho (Moncada et al., 2014);
- a comunidade social, que se traduz na necessidade de interação social, intrínseca à condição humana, favorecendo um ambiente laboral mais saudável (Moncada et al., 2014).

A dimensão **saúde e bem-estar** engloba as sub-dimensões (Silva, 2013):

- a saúde geral, que diz respeito à perceção dos profissionais sobre o seu estado de saúde (Moncada et al, 2014);
- o stresse, que se traduz num conjunto de respostas emocionais, cognitivas, fisiológicas e comportamentais, devido ao conteúdo, organização e ambiente de trabalho, em que o trabalhador muitas vezes tem o sentimento de não ser capaz de lidar com a situação (Comissão Europeia, 2000);
- o burnout, que se caracteriza pela acumulação de fadiga (física e mental) e exaustão mental. Situações stressantes associadas ao trabalho podem ser a causa para o burnout, uma vez que está relacionado com fatores do trabalho, (Maslach et al., 2000);
- problemas em dormir, que dizem respeito à perceção que o trabalhador tem sobre a dificuldade em adormecer, se o sono é frequentemente interrompido, ou se posteriormente não consegue voltar a adormecer (Moncada et al., 2014);

Quanto à dimensão **personalidade**, que apresenta o conceito de auto-eficácia, que se define como a “confiança e/ou a expectativa de que através do esforço pessoal é possível realizar com sucesso uma função específica e atingir o objetivo desejado” (Eurocontrol, 2010, p.98).

Por último, temos a dimensão dos **comportamentos ofensivos**, que é avaliada pela conceção que os trabalhadores têm sobre os insultos ou as provocações verbais de que são alvo, bem como exposição a assédio sexual e violência (Eurocontrol, 2010).

2.1.7. Pré-teste

Uma vez que foi utilizado o COPSQ, já validado para a população portuguesa e para profissionais da saúde, optámos por não realizar um pré-teste.

2.1.8. Procedimentos éticos

Antes da colheita de dados, foram necessários alguns procedimentos para a concretização do estudo. Inicialmente, foi solicitada a autorização, via correio eletrónico, para utilização do COPSQ (Apêndice II).

De seguida, foi necessário submeter um pedido ao Coordenador do ACES para poder realizar o estudo.

Após autorização (Anexo II), o projeto do estudo foi encaminhado para a Comissão de ética da ARS Norte, tendo sido dado parecer favorável para a realização do estudo (Anexo III).

Foi realizada uma apresentação do estudo à equipa (Apêndice III), de modo a elucidar os profissionais sobre a importância da temática e, desta forma, aumentar o seu envolvimento no preenchimento do questionário.

2.1.9. Procedimento de recolha de dados

O questionário do COPSQ foi transcrito para a plataforma Forms do Office 365 e enviado a todos os profissionais. Foi assegurada a anonimização dos emails a quem foi enviado o link de acesso ao questionário. No início do questionário, foi dada a possibilidade de não participarem no estudo.

2.1.10. Procedimento de análise de dados

Numa população de 22 profissionais, obtivemos 17 respostas ao questionário, isto é, 77% da equipa respondeu. Os dados foram importados da plataforma do Forms para o software Statistical Package for Social Sciences.

A metodologia de análise de dados foi executada em consonância com as normas da versão portuguesa.

A interpretação foi realizada fator a fator, uma vez que o COPSOQ não mede um único construto, mas sim diversos fatores de risco psicossocial e variáveis de saúde, stress e satisfação (Silva, 2013). Deste modo, as diferentes sub-dimensões (29) são constituídas, cada uma, por 1 a 4 questões. As questões encontram-se classificadas com escalas tipo Lickert – 5 pontos:

- 1-Nunca/quase nunca; 2-Raramente; 3-Às vezes; 4-Frequentemente; 5- Sempre.
- 1-Nada/quase nada; 2-Um pouco; 3-Moderadamente; 4-Muito; 5-Extremamente.

A cotação das respostas, na versão portuguesa, obedece a estes valores, podendo cada resposta ser cotada de 1 a 5 pontos, no sentido direto ao da resposta assinalada. Os únicos itens invertidos na versão média são o 42 e 45. Como exemplo, se assinalar 2 (Raramente) em resposta ao item 42, deverão ser cotados 4 pontos.

Por conseguinte, analisámos as médias das respostas para cada questão das 28 dimensões, tendo sido posicionadas num ponto coorte.

Para realizar o corte em três partes, considerou-se a amplitude de cotação (1 a 5), sendo os respetivos pontos de corte de 2,33 e 3,66. Obtivemos a interpretação das médias por modelo tricolor, consoante o efeito para a saúde de determinada sub-dimensão.

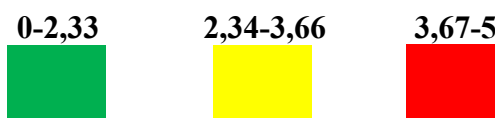
Deste modo, **verde** significa situação favorável para a saúde; **amarelo** situação intermédia que requer vigilância; **vermelho** risco para a saúde, devendo ser alvo de intervenção específica.

De salientar que a interpretação de valores medianos difere consoante se é um fator de risco ou fator de proteção.

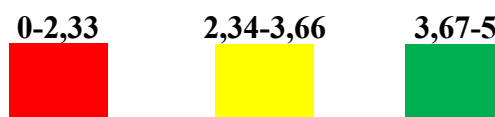
De seguida, discriminam-se as sub-dimensões que são fator de risco ou fator de proteção.

Fator de risco - Exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências emocionais, conflito do papel laboral, confiança horizontal, insegurança laboral, saúde geral, conflito

trabalho-família, problemas em dormir, burnout, stress, sintomas depressivos e comportamentos ofensivos.



Fator de proteção - Exigências cognitivas, influência no trabalho, possibilidade de desenvolvimento, previsibilidade, transparência do papel laboral, recompensas, apoio social de colegas, apoio social de superiores, comunidade social no trabalho, qualidade da liderança, confiança vertical, justiça e respeito, auto-eficácia, significado do trabalho, compromisso com o local de trabalho e satisfação no trabalho.



2.2. Apresentação e discussão dos resultados

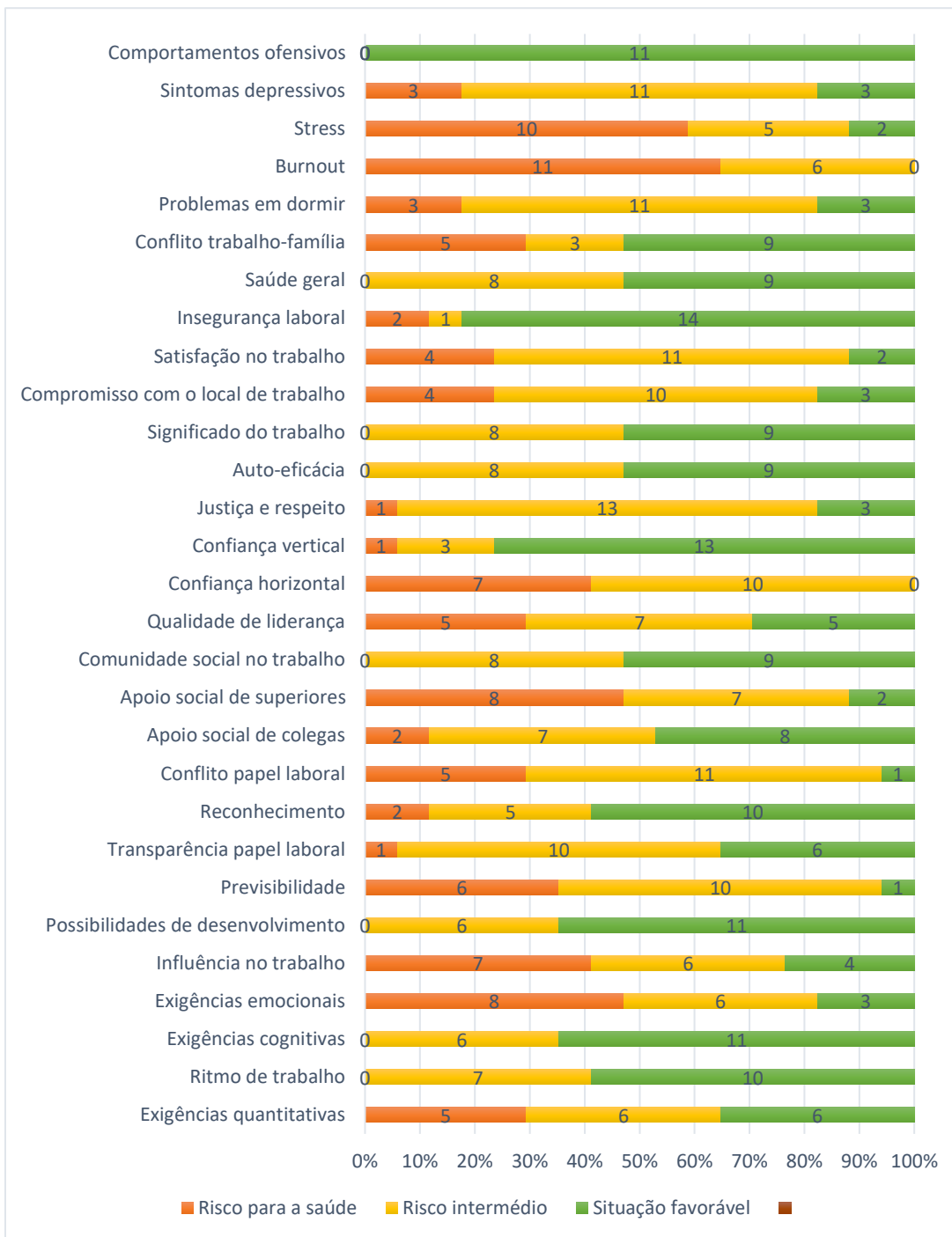
Os riscos psicossociais como tema emergente de grande preocupação para a Saúde Pública, carecem de ser estudados de forma a ser possível implementar estratégias de prevenção (Leka & Jain, 2010).

Em Portugal, nos últimos anos, no âmbito desta temática, foram realizados diversos estudos nos profissionais de saúde em variados contextos, tais como:

- áreas de atuação hospitalar (Rodrigues, 2018);
- áreas de CSP e cuidados de saúde diferenciados (Moura et al., 2018);
- áreas de assistência ao doente crítico, enquadrado em serviço de urgência e em UCI (Meira & Coelho, 2019);
- áreas integradas no cenário pandémico mais recente provocado pelo SARS COV2 (Lima, 2021).

Estes estudos permitem estabelecer a comparação com os resultados obtidos no diagnóstico de saúde realizado na USP. Para a sua apresentação optamos por uma representação gráfica em tercis das sub-dimensões do COPSOQ (gráfico 1), que descreve a distribuição dos profissionais em estudo pelos *scores* de risco para a saúde, risco intermédio ou situação favorável.

Gráfico 1 - Distribuição por tercís das sub-dimensões do COPSOQ



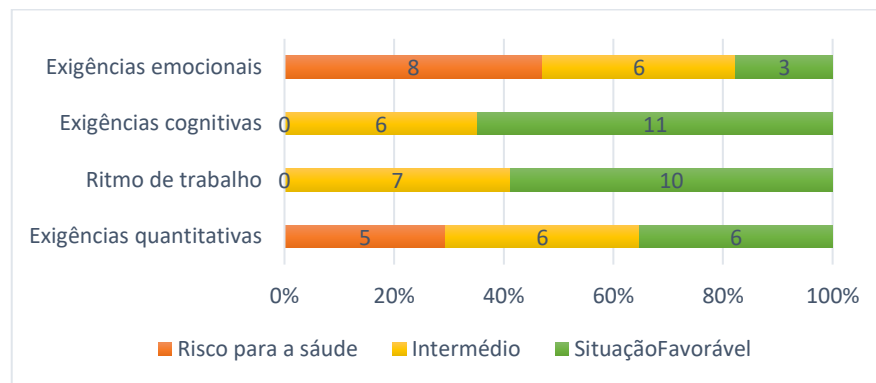
Como podemos observar, todas as sub-dimensões foram percecionadas e avaliadas com algum tipo de risco para a saúde dos profissionais, à exceção dos comportamentos ofensivos.

2.2.1. Discussão dos resultados por sub-dimensão afetada

Após a análise geral, apresentamos uma análise mais detalhada de cada sub-dimensão, bem como a sua interpretação e discussão. No final analisaremos a comparação entre as médias das sub-escalas do contexto nacional a nível dos serviços de saúde com as da USP.

Exigências laborais

Gráfico 2 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "exigências laborais"



As **exigências emocionais** assumem um papel de relevo na saúde mental e no bem-estar psicossocial (Fernandes & Pereira, 2016). No nosso estudo 47,1% dos profissionais (n=8) percecionou este fenómeno como de risco, com potencial de afetar a sua saúde, enquanto 35,3% se situou em risco intermédio (n=6) e 17,6% (n=3) numa situação favorável. Considerando o somatório de risco efetivo e intermédio (82,4%), verifica-se que o resultado é um pouco inferior a outros estudos realizados em Portugal (Lima, 2021; Meira & Coelho, 2019; Rodrigues, 2018). Por outro lado, aquando da validação do COPSQ para a população portuguesa, constatámos um valor semelhante ao do nosso estudo (Silva, 2013). A ocorrência de valores superiores nos estudos analisados faz-nos sentido, uma vez que em contexto hospitalar, no qual foram realizados, os cuidados têm como foco a satisfação imediata dos utentes, a priorização de tarefas, bem como o contacto direto com o sofrimento e a morte. Por sua vez, a aproximação dos nossos resultados ao estudo de Silva, prende-se com o facto de este ter abrangido outras classes profissionais (indústria, ensino, serviços, comércio, administração pública e forças policiais), que não estarão sujeitas a um nível tão elevado de exigências emocionais.

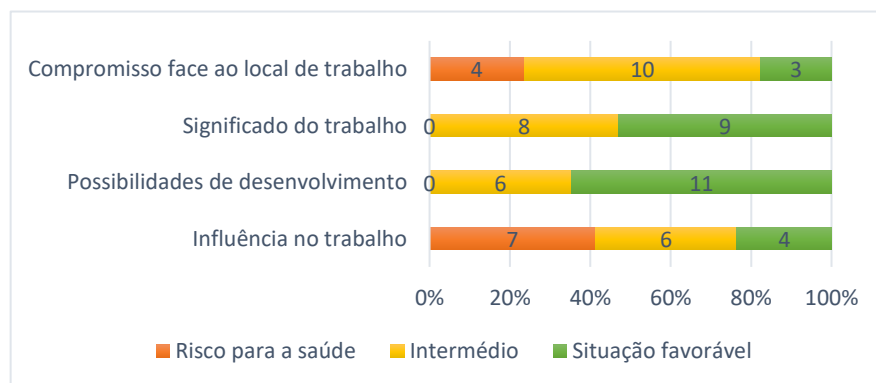
No que se refere às **exigências quantitativas**, 35,3% (n=6) dos profissionais perceciona-se numa situação favorável; o mesmo valor foi encontrado para o risco

intermédio, enquanto os restantes 29,4% (n=5) se situaram como estando expostos a risco para a saúde. Considerando o risco efetivo e intermédio, obtivemos uma magnitude de 64,7%, observando-se resultados semelhantes em alguns estudos (Meira & Coelho, 2019; Moura et al., 2018); acrescenta-se, contudo, que na população portuguesa, em 2013, o valor encontrado foi mais baixo (45%) (Silva, 2013). Devido à pandemia por Covid 19 e com o objetivo de controlá-la, houve um aumento da carga de trabalho e um acréscimo das horas de trabalho, quer na realização de inquéritos epidemiológicos, quer para o apoio a instituições. Este facto poderá ajudar a explicar a obtenção destes resultados, que são superiores, quando comparados com o estudo de Silva.

Analisando as **exigências cognitivas**, 35,3% (n=6) dos profissionais classifica-se no risco intermédio e os restantes 64,7% (n=11) sem risco; o mesmo se verifica quanto ao **ritmo de trabalho**, em que 58,8% (n=10) considera não estar exposto ao risco enquanto 41,2% (n=7) refere que o risco é intermédio. Assim, nestas sub-dimensões observa-se que nenhum profissional se percebe como exposto efetivamente ao fator de risco para a saúde, contrariando o que se observou nos estudos (Lima, 2021; Meira & Coelho, 2019; Rodrigues, 2018; Silva, 2013). Durante a pandemia, a quantidade e o ritmo de trabalho foram excessivos. No entanto, parece-nos que o ritmo de trabalho poderá ter melhorado, contribuindo para a obtenção destes resultados.

Organização do trabalho e conteúdo

Gráfico 3 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "organização do trabalho e conteúdo"



Relativamente ao **compromisso face ao local de trabalho**, apenas 17,7% (n=3) dos profissionais refere não estar exposto a risco, 58,8% (n=10) considera a existência de alguma exposição e os restantes 23,5% (n=4) percebem este fator

como de risco para a saúde, ou seja, 83,3% dos profissionais classificou-se como estando em situação de risco (risco intermédio e efetivo), valor superior aos resultados encontrados nos estudos analisados (Lima, 2021; Meira & Coelho, 2019; Moura et al., 2018; C. Rodrigues, 2018; Silva, 2013). Tendo em conta uma das duas perguntas do questionário nesta sub-dimensão - “Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus?”, estes resultados podem estar relacionados com a missão da USP de contribuir para a melhoria do estado de saúde das populações, uma missão que foi acentuada na pandemia e que trouxe mais visibilidade a estes profissionais. O facto de contribuírem para a melhoria do estado de saúde das populações faz com que os profissionais se sintam muito envolvidos e direcionem o trabalho em parceria com as restantes unidades funcionais e com as instituições da comunidade, de forma a que as prioridades definidas no PLS sejam atingidas. Este compromisso potencia o sucesso da USP, contudo quando em excesso, pode afetar a saúde, sendo também necessário refletir sobre medidas que possam diminuir este impacto.

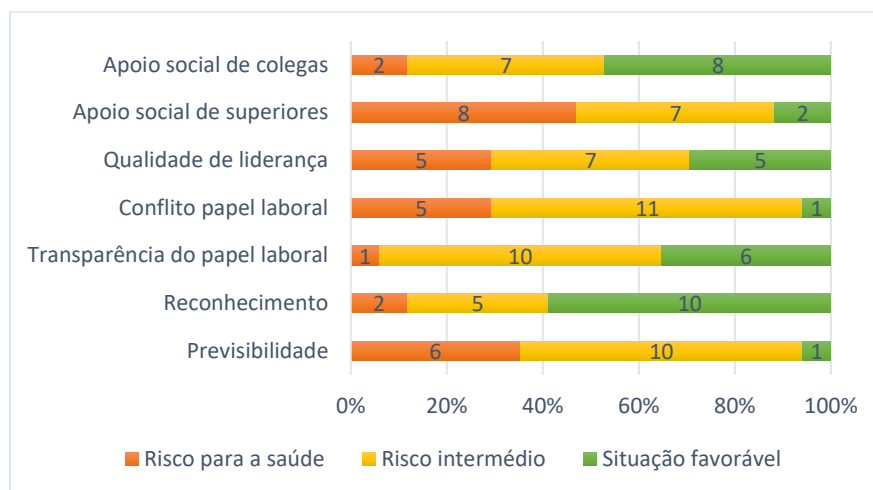
No que se refere à **influência no trabalho**, 41,2% (n=7) percebe que está exposto a este fator de risco e que ele tem a capacidade de afetar a sua saúde, 35,3% (n=6) enquadra-se no risco intermédio e 23,5% (n=4) não percebe esta dimensão como de risco. Verifica-se, assim, que 76,4% (risco intermédio e efetivo) percebe que a pouca autonomia de decisão e o controlo nas tarefas pode estar a afetar a saúde dos profissionais. Estes resultados vão ao encontro de estudos realizados em Portugal (Lima, 2021; Rodrigues, 2018; Silva, 2013). A evidência diz-nos que ter pouca influência no local de trabalho aumenta o risco para a saúde do trabalhador, correlacionando-se com problemas de saúde mental (Portuné, 2012). Este fator de risco pode ser difícil de mitigar, uma vez que muitas decisões são externas à USP. Contudo, estes resultados merecem atenção, devendo ser criadas medidas para que os profissionais adquiram maior autonomia na decisão do conteúdo e condições de trabalho nas situações em que for possível o seu envolvimento.

Nas restantes sub-dimensões - **significado do trabalho e possibilidades de desenvolvimento**, a maioria, 52,9% (n=9) e 64,7% (n=11), respetivamente, refere não estar exposta ao risco, enquanto os restantes referem apenas algum grau de exposição, sem que isso afete, no momento, a sua saúde. Contudo, a presença de algum grau de exposição deve ser analisada com atenção. O trabalho deve ser desenvolvido de forma que ocorra a realização pessoal. Um ambiente laboral no qual possa ocorrer a percepção de que o trabalho realizado não é importante, quer para os profissionais quer para os

outros, poderá levar a que a motivação pelo trabalho diminua. O mesmo se passa com a ideia de que a função que desempenha poderá não estar a fomentar o desenvolvimento de competências. Posto isto, sempre que possível a organização do trabalho deve atender a estes dois fatores.

Relações Sociais e Liderança

Gráfico 4 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "relações sociais e liderança"



Nesta dimensão, associada às relações sociais e à liderança, observámos que todas as sub-dimensões apresentam risco para a saúde.

Na sub-dimensão **apoio social de superiores**, 47,1% (n=8) dos profissionais percecionam a sua situação como de risco para a saúde, 41,2% (n=7) estão em risco intermédio, e apenas 11,7% (n=2) não identificam risco.

No que concerne à sub-dimensão **apoio social de colegas**, apenas 11,7% (n=2) está em risco, 41,2% (n=7) em risco intermédio e 47,1 (n=8) sem risco.

A sub-dimensão da **qualidade de liderança** apresenta 29,4% (n=5) de profissionais exposta a risco para a saúde e a mesma percentagem não exposta a risco. Em risco intermédio encontra-se 41,2% (n=7) dos profissionais.

No que se refere ao **conflito papel laboral**, 29,4% (n=5) dos profissionais encontra-se em risco para a saúde, 64,7% (n=11) em risco intermédio e 5,9% (n=1) sem risco.

Na **transparência do papel laboral**, 5,9% (n=1) dos profissionais perceciona esta sub-dimensão como risco para a sua saúde, 58,8% (n=10) como de risco intermédio e 35,3% (n=6) em situação favorável.

Na sub-dimensão **reconhecimento**, 11,7% (n=2) dos profissionais posiciona-se como estando numa situação de risco para a saúde, 29,4% (n=5) em risco intermédio e 58,8% (n=10) sem risco.

No que diz respeito à **previsibilidade**, 35,3 % (n=6) dos profissionais percebe esta dimensão como situação de risco para a saúde, 58,8% (n=10) encontra-se em risco intermédio e 5,9% (n=1) em situação favorável.

Sintetizando, obtivemos percentagens elevadas de risco para a saúde (risco intermédio e efetivo) nas sub-dimensões **apoio social de superiores** (88,2%), **conflito papel laboral** (94,1%), **previsibilidade** (94,1%) e **qualidade de liderança** (76,4%), tal como evidenciado por Meira e Coelho, em 2019. No estudo de Silva (2013), observámos valores mais baixos nas quatro sub-dimensões.

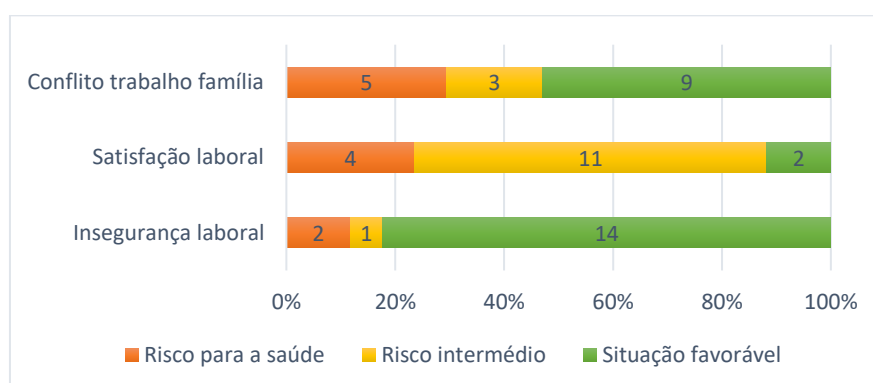
Os dados obtidos na sub-dimensão apoio social de superiores são preocupantes. A percepção de um bom suporte do superior direto, beneficia as restantes sub-dimensões de fatores de risco psicossocial, protegendo o profissional de doenças provocadas pelo stresse.

Segundo Rodrigues 2018, a existência do conflito do papel laboral leva a ansiedade, depressão e baixa de autoestima. A previsibilidade associa-se à clareza dos objetivos e à possibilidade de prever as mudanças no trabalho e quanto maior é a incerteza no trabalho maior é a exposição do trabalhador aos riscos psicossociais (Burr et al., 2010). Estes autores evidenciaram ainda uma forte correlação positiva entre a previsibilidade e o estilo de liderança. Em 2016, Manning analisou a relação dos riscos psicossociais e o tipo de liderança. Concluiu que os riscos eram menores quando os superiores reconheciam as capacidades dos profissionais, quando estes recebiam apoio e feedback acerca do trabalho desenvolvido, e quando lhes era reconhecido o atingimento de objetivos. A adoção de uma liderança transformacional e transaccional, em que o líder influencia o comportamento, motiva e inspira, favorecendo o estímulo intelectual, potencia a saúde dos trabalhadores e consequentemente melhores resultados organizacionais.

Face à relevância que esta dimensão assume para o ambiente e funcionamento organizacional, emerge a necessidade de definir novas estratégias e potenciar as que já existem, para melhorar as relações sociais e o tipo de liderança exercida.

Interface trabalho-indivíduo

Gráfico 5 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "interface trabalho-indivíduo"



Tal como foi observado na dimensão das “relações sociais e liderança”, no “interface trabalho-indivíduo”, todas as sub-dimensões apresentam risco para a saúde dos profissionais. No que se refere ao **conflito trabalho-família**, 29,4% (n=5) dos profissionais apresenta um *score* compatível com risco para a saúde, 17,6% (n=3) risco intermédio e 52,9% (n=9) sem risco. Esta sub-dimensão foi a que apresentou um maior risco efetivo para a saúde em comparação com as seguintes. Em alguns estudos consultados da realidade nacional, observámos valores superiores de risco efetivo (Lima, 2021; Rodrigues, 2018). Estas diferenças podem relacionar-se com o facto de que nesses contextos, o trabalho desenvolve-se maioritariamente por turnos e ao fim de semana, condicionado a gestão familiar (Lima, 2021; Rodrigues, 2018). No estudo realizado por Silva (2013), os resultados foram semelhantes aos do nosso estudo.

Embora a sub-dimensão conflito trabalho-família apresente mais um profissional com risco efetivo, na **satisfação laboral**, 64,7 % (n=11) encontram-se em risco intermédio e 11,8% (n=2) sem riscos. Esta é, portanto, a sub-dimensão que requer mais vigilância. No que se refere à satisfação do trabalho, evidenciámos que os profissionais do nosso estudo apresentaram risco para a saúde, tal como se verificou noutros estudos (Lima, 2021; Meira & Coelho, 2019; Moura et al., 2018). Analisando duas repostas obtidas nesta sub-dimensão, 47,1% dos profissionais referem sentir-se pouco satisfeitos com as suas perspetivas de trabalho e a forma como as suas capacidades são utilizadas.

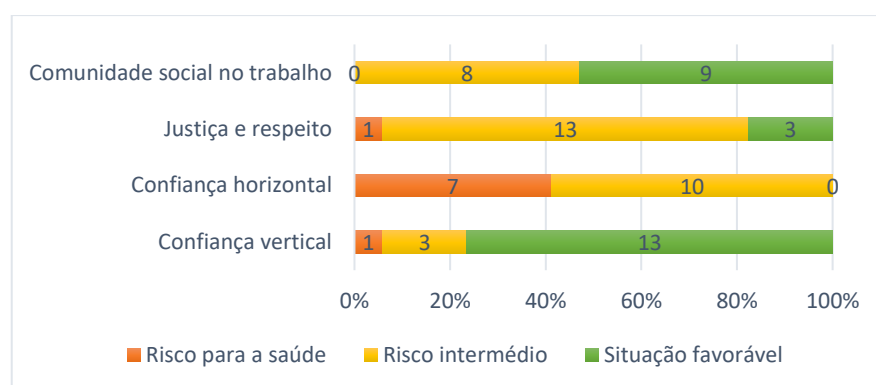
Estes resultados podem estar relacionados com a estagnação de progressão de carreiras dos profissionais de saúde, remunerações insuficientes para as funções exercidas e pelo facto de sentirem que não são criadas as condições que potenciem as capacidades dos profissionais. O resultado desta sub-dimensão poderá também ser o reflexo dos resultados

obtidos nas sub-dimensões - apoio social de superiores, conflito papel laboral, previsibilidade e qualidade de liderança.

O fator **insegurança laboral** não é, praticamente, considerado como fator de risco psicossocial, dado que 82,3% (n=14) se considera seguro no seu trabalho. Reconhece-se, no entanto, a importância deste fator, pelo que a existência de dois indivíduos que se consideram numa situação de insegurança laboral deve ser tida em conta.

Valores no local de trabalho

Gráfico 6 - Distribuição por tercís das sub-dimensões “valores no local de trabalho”



Relativamente à sub-dimensão **comunidade social no trabalho**, não se identifica risco elevado para a saúde dos profissionais, contudo 47,1% (n=8) apresenta risco intermédio, o que também requer vigilância pois afeta outras sub-dimensões de forma negativa.

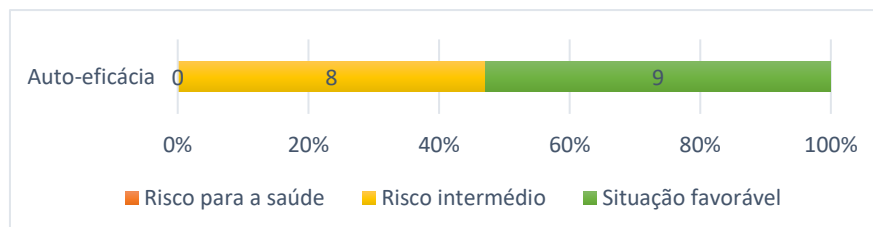
No que se refere ao fator **justiça e respeito**, observa-se que apenas 5,9% (n=1) dos profissionais se considera exposto a risco com potencial de interferir com a saúde, embora a grande maioria 76,4 % (n=13) se encontre em risco intermédio. Esta percentagem elevada de risco deve ser analisada com precaução, visto que, segundo a evidência científica, se relaciona com absentismo e sintomas depressivos (Ndjaboué et al., 2012). No estudo de Meira e Coelho encontraram-se valores mais elevados nesta sub-dimensão, tendo em conta o somatório do risco para a saúde e o risco intermédio (96%), enquanto que no nosso estudo esse somatório foi menor (82%); nos restantes estudos consultados, os valores, também, foram inferiores ao nosso estudo (Lima, 2021; Rodrigues, 2018; Silva, 2013, Moura et al 2018). Estes resultados merecem atenção uma vez que os profissionais consideram que os conflitos e situações inerentes ao trabalho podem não estar a ser resolvidos de forma justa e

também que distribuição do trabalho não é feita de forma equitativa levando a uma menor satisfação laboral.

Na sub-dimensão **confiança horizontal** observa-se que nem um único trabalhador se considera livre de exposição a este fator, distribuindo-se as respostas por: risco para a saúde 58,8% (n=10) e risco intermédio 41,2% (n=7). Os valores encontrados nesta sub-dimensão não vão de encontro aos estudos realizados, anteriormente, em Portugal, em que observámos a existência de profissionais não expostos ao risco (Lima, 2021; Meira & Coelho, 2019; Moura et al., 2018; C. Rodrigues, 2018). Estes resultados indicaram-nos que é necessária uma intervenção, uma vez que a confiança entre os profissionais é imprescindível para o bom funcionamento e clima organizacional (Mações, 2018). Esta falta de confiança pode dever-se a uma comunicação ineficiente, objetivos de funções mal definidos, pouca colaboração entre os profissionais e seus superiores, à presença de uma liderança ineficaz e também à perceção de falta de justiça e respeito na resolução de problemas. Melhorando a confiança entre os profissionais, haverá uma maior produtividade e conseqüentemente diminuição de situações de stresse nos profissionais.

Personalidade

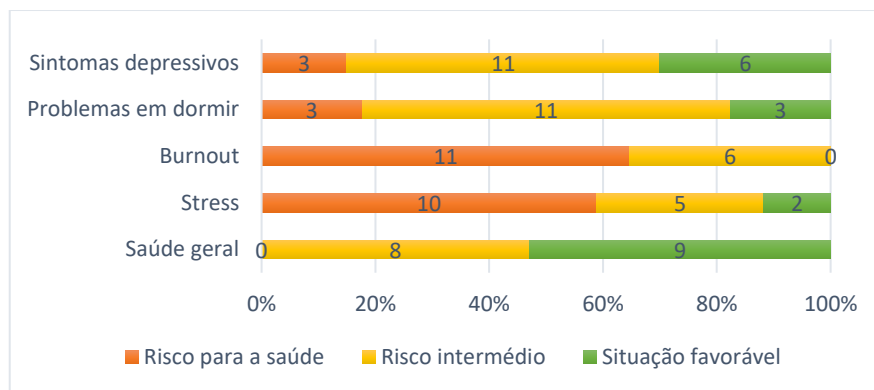
Gráfico 7 - Distribuição por tercís da sub-dimensão "personalidade"



A personalidade é avaliada pela **auto-eficácia**. Nesta sub-dimensão não existe nenhum profissional em risco para a saúde, mas 47,1% (8) está em risco intermédio, indo ao encontro do estudo de Lima (2021). No estudo de Silva, observámos valores de risco intermédio perto dos 30%. Estes resultados requerem atenção uma vez que os profissionais percecionam que podem não ser sempre capazes de resolver todas as tarefas, sendo necessário averiguar os motivos, de forma a prevenir situações que coloquem em risco a saúde dos profissionais.

Saúde e Bem-estar

Gráfico 8 - Distribuição por tercís das sub-dimensões "saúde e bem-estar"



Neste domínio, o **burnout** foi identificado como a sub-dimensão que representava maior risco para a saúde, afetando, efetivamente, 64,7% (n=11) dos profissionais e a um nível intermédio os restantes 35,3% (n=6). Na bibliografia consultada, foram encontrados resultados semelhantes no estudo de Meira e Coelho (2019) e no estudo realizado em Portugal, em que os profissionais de saúde se situavam nos níveis moderado a elevado de burnout (Marôco et al., 2016).

No que se refere ao stresse, 58,8% (n=10) considerou-se muito exposto, 29,4% (n=5) em risco intermédio e apenas 11,7% (n=2) não exposto a risco.

Como já foi referido anteriormente, os profissionais sentem stresse quando as exigências laborais são intensas, não possuindo capacidade de as superar. Desta forma, podem desenvolver-se problemas de saúde mental e orgânicos, bem como repercutir-se em efeitos negativos sistémicos para a instituição.

O stresse não deve ser encarado como um fracasso individual, devendo ser abordado como um problema organizacional, sendo importante identificar a sua presença, de modo a que sejam implementadas medidas para evitar formas mais graves que levem a burnout.

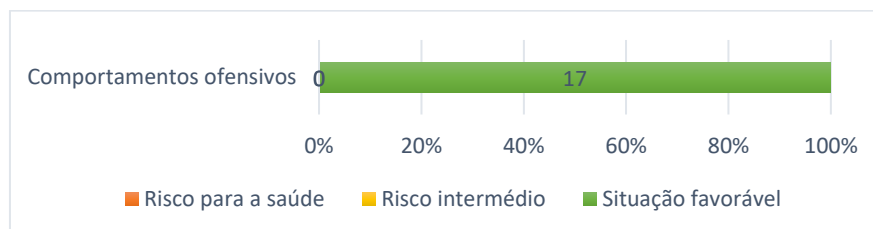
As perguntas que foram realizadas no questionário não nos dizem que os profissionais estão com stresse, mas sim que estão sujeitos a situações que potenciam a sua ocorrência. Face à magnitude dos resultados no stresse e burnout, é imperativa a implementação de estratégias, de forma a mitigar os seus efeitos.

Na sub-dimensão dos **sintomas depressivos**, verificámos que 64,7% (n=11) dos profissionais autoavaliou-se como estando exposto a risco intermédio, 17,6% (n=3) a risco efetivo para a saúde e os restantes 35,3% (n=6) sem risco. Os profissionais referiram que por vezes se sentem tristes e com falta de interesse em atividades do quotidiano, sendo importante perceber se estes sintomas podem ter como causa o contexto laboral e/ou a vida pessoal dos profissionais. Deste modo as intervenções deverão ser dirigidas a causas específicas, em que os Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho deveriam assumir um papel mais ativo no diagnóstico e implementação de estratégias para diminuir o impacto dos sintomas depressivos, stresse e *burnout*.

Relativamente à **saúde geral**, 47,1% (n=8) dos profissionais considerou-se em situação de risco intermédio e os restantes em situação de não exposição, resultados alinhados com estudos examinados (Meira & Coelho, 2019; Moura et al., 2018; Rodrigues, 2018; Silva 2013).

Comportamentos ofensivos

Gráfico 9 - Distribuição em tercis da sub-dimensão “comportamentos ofensivos”



Nesta sub-dimensão, todos os profissionais se classificaram livres de exposição ao risco. Apesar da evidência retratar que os profissionais de saúde estão mais propensos a **comportamentos ofensivos** (Martins, 2018; OIT, 2020), nesta sub-dimensão todos os profissionais se encontravam em situação favorável, tal como no estudo de Lima (2021).

Comparação entre as médias das sub-escalas do contexto da saúde com as da USP

Outra análise pertinente é a comparação das médias das subescalas obtidas no setor da saúde aquando da validação do COSPOQ para a população portuguesa, com as médias obtidas no nosso estudo nos fatores de risco (quadro 1) e nos fatores de proteção (quadro 2).

Quadro 1 - Comparação das médias dos fatores de risco nos profissionais da USP com as médias de referência no setor da saúde

Fatores de risco	Médias obtidas nos profissionais da USP	Médias de referência no setor da saúde
Comportamentos ofensivos	1,1	1,24
Sintomas depressivos	3,08	2,38
Stress	3,55	2,79
Burnout	3,7	2,88
Problemas em dormir	2,97	2,55
Conflito trabalho-família	2,6	2,79
Saúde Geral	2,35	3,41
Insegurança Laboral	2,05	2,98
Confiança Horizontal	3,45	2,67
Conflitos laborais	3,13	2,96
Exigências emocionais	3,52	3,89
Ritmo de trabalho	3,25	3,39
Exigências quantitativas	2,75	2,46

No geral, observámos um aumento das médias de cada sub-dimensão, comparando com os valores de referência nacionais para os profissionais de saúde.

De salientar que estes resultados de referência se reportam a 2013 e, desde então, os contextos laborais alteraram-se, tendo sido agravados pela pandemia por Covid 19. Segundo a literatura, observou-se um aumento das exigências de trabalho, obrigando a um maior compromisso na interação trabalho-família e uma diminuição do apoio dos superiores hierárquicos. Tudo isto acentuou problemas em dormir, ansiedade, stress, depressão e burnout (Lai et al., 2020; Sofia, 2020).

Seguidamente, fizemos a comparação das médias dos fatores de proteção nos profissionais da USP com as médias no setor da saúde.

Analisando o quadro 2, verificámos a existência de três sub-dimensões que não representam risco para a saúde dos profissionais, sendo elas a confiança vertical, as possibilidades de desenvolvimento e as exigências cognitivas. Em sentido inverso, pelo valor obtido no apoio social de superiores, este fator representa um perigo para a saúde dos profissionais.

No nosso estudo, as restantes sub-dimensões apresentaram valores inferiores relativamente aos valores de referência obtidos para os profissionais de saúde no COPSQ (situando-se no risco intermédio para a saúde). A falta destes fatores de proteção poderá colocar em risco a saúde dos profissionais.

Quadro 2 - Comparação das médias dos fatores de proteção nos profissionais da USP com as médias de referência no setor da saúde

Fatores de proteção	Médias obtidas nos profissionais da USP	Médias de referência no setor da saúde
Comunidade social no trabalho	3,49	3,84
Satisfação no trabalho	2,79	3,29
Compromisso com o local de trabalho	2,97	3,45
Significado do trabalho	3,50	4,08
Auto-eficácia	3,55	3,82
Justiça e respeito	3	3,32
Confiança vertical	3,78	3,69
Qualidade de liderança	2,88	3,38
Apoio social de superiores	2,33	3,00
Apoio social de colegas	3,41	3,41
Reconhecimento	3,49	3,62
Transparência papel laboral	3,31	4,22
Previsibilidade	2,73	3,29
Possibilidades de desenvolvimento	3,68	3,93
Influência no trabalho	2,76	2,71
Exigências cognitivas	3,82	3,85

Face às alterações demográficas e ao avanço tecnológico que se tem observado nos últimos anos, o ambiente organizacional tem-se alterado, impondo um aumento das exigências do trabalho, quer para o trabalhador quer para as chefias (Borges et al., 2021). Deste modo, há que minorar os fatores de risco e fortalecer os fatores protetores, sendo crucial o diagnóstico de situação sobre esses fatores, de modo a intervir sobre estes, favorecendo a promoção de saúde do trabalhador e consequentemente tornando o ambiente laboral mais saudável.

2.3. Problemas Identificados

Tendo por base os dados recolhidos, com a aplicação do COPSOQ emergiram os seguintes problemas que se descrevem no quadro 3.

Quadro 3 - Problemas identificados

Problemas	
I. Exigências Laborais	
P1	Excesso de carga de trabalho.
P2	O trabalho afeta emocionalmente os profissionais.
P3	O trabalho é realizado de forma rápida.
II. Organização de trabalho e conteúdo	
P3	Poder de decisão e autonomia em relação ao conteúdo e condições de trabalho diminuído.
P4	Os profissionais assumem os problemas do local do trabalho como sendo seus.
III. Relações sociais e Liderança	
P5	As informações sobre o local de trabalho não são fornecidas atempadamente, nem de forma adequada.
P6	Os profissionais referem que nem sempre estão de acordo com as atividades que desenvolvem.
P7	Os profissionais referem não terem o apoio necessário do superior imediato.
P8	A liderança não é exercida de forma a promover a resolução de conflitos entre profissionais nem as suas oportunidades de desenvolvimento.
P9	Os objetivos e as responsabilidades do trabalho são pouco precisos.
IV. Interface Trabalho-Indivíduo	
P10	Satisfação reduzida com perspectivas de trabalho.
P11	Satisfação reduzida com a forma como as capacidades dos profissionais são utilizadas.
V. Valores no Trabalho	
P12	Os profissionais ocultam informações entre si.
P13	Falta de justiça na resolução de problemas.
VI. Saúde e Bem-estar	
P14	Os profissionais referem distúrbios no padrão de sono.
P15	Os profissionais sentem-se física e emocionalmente exaustos.
P16	Os profissionais sentem-se irritados e ansiosos.
P17	Os profissionais referem sentir-se tristes.
P18	Os profissionais referem falta de interesse por coisas do quotidiano.

2.4. Definição de Prioridades

Esta etapa consiste num processo de tomada de decisões, a partir da determinação das necessidades de intervenção prioritárias com base em critérios que fundamentem as escolhas (Tavares, 1992).

Após a análise dos dados com a enfermeira tutora e por dois médicos de Saúde Pública, decidimos apresentar os resultados à restante equipa multidisciplinar, de forma a consciencializar os profissionais sobre os problemas identificados. Na análise dos dados, observámos uma percentagem elevada de profissionais que percecionaram que podem estar a enfrentar “*stress*” e “*burnout*” e a existência desses fatores poderá colocar em perigo a saúde dos profissionais. Como o COPSQ é baseado no modelo de exigência e controlo – JDC, que tenta explicar o stress como consequência de elevadas exigências e do fraco apoio social (Kristensen et al., 2005), na apresentação dos resultados e após discussão, considerámos que a intervenção passaria por alterações no ambiente organizacional. Desta forma, pretendíamos reduzir situações potenciadoras de stress, que em formas mais graves, poderiam conduzir a *burnout* e, conseqüentemente, provocar alterações orgânicas nos profissionais. Contudo, sabemos que intervir em alterações organizacionais torna-se moroso, pois existem mudanças que são difíceis de implementar devido a diretrizes externas à USP, no entanto, provoca mais efeitos a longo prazo. Desta forma, muitas intervenções do projeto poderiam direcionar-se para o stress uma vez que são mais fáceis de operacionalizar e de implementar a curto prazo.

2.5. Aplicação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola

Pender no estudo realizado

A aplicação do COPSQ tem como objetivo a intervenção face aos resultados encontrados (Silva, 2013). No entanto, face à complexidade da temática, à pouca disponibilidade demonstrada para se envolverem num processo de mudança e ao pouco tempo disponível para realizar o estágio, foi apenas realizada a consciencialização dos profissionais, não tendo sido elaborado qualquer projeto de intervenção.

Os resultados obtidos permitiram identificar potenciais áreas de risco a melhorar na organização do trabalho. Segundo a AESST, são necessários quatro passos para a gestão dos fatores de risco psicossocial (AESST, 2023):

- Consciencialização dos profissionais;

- Gestão dos fatores (ação preventiva e corretiva);
- Promoção da saúde para melhorar a saúde em geral;
- Construção de resiliência pessoal.

Posto isto, com a sinalização das áreas que constituem maior fator de risco psicossocial para a saúde dos profissionais e consequente consciencialização, pretendíamos o envolvimento de todos os elementos da equipa num projeto de intervenção que viesse a ser desenvolvido.

Como já foi mencionado, o MPSNP foi o referencial teórico escolhido, por se centrar na estimulação de comportamentos promotores de saúde. Segundo este modelo, os indivíduos procuram condições de vida para promover a saúde, têm capacidade de autoconsciência e avaliam as suas próprias competências interagindo com o meio envolvente, de forma a alterar comportamentos. Desta forma, os enfermeiros assumem um papel crucial, na medida em que, fazendo parte desse ambiente, exploram o que pode dificultar o comportamento de promoção de saúde e exercem influência sobre os indivíduos com as intervenções que desenvolvem.

A partir da realização do diagnóstico de situação, identificámos áreas que podem levar ao desenvolvimento de problemas de saúde nos profissionais, que, segundo o diagrama, se traduzem nos comportamentos anteriores, que se relacionam com os fatores físicos, biológicos e socioculturais que os profissionais vivenciam. Estes comportamentos, que no nosso estudo se traduzem nos fatores de risco psicossocial, foram percecionados como risco para a saúde e serão o ponto de partida para a implementação de intervenções.

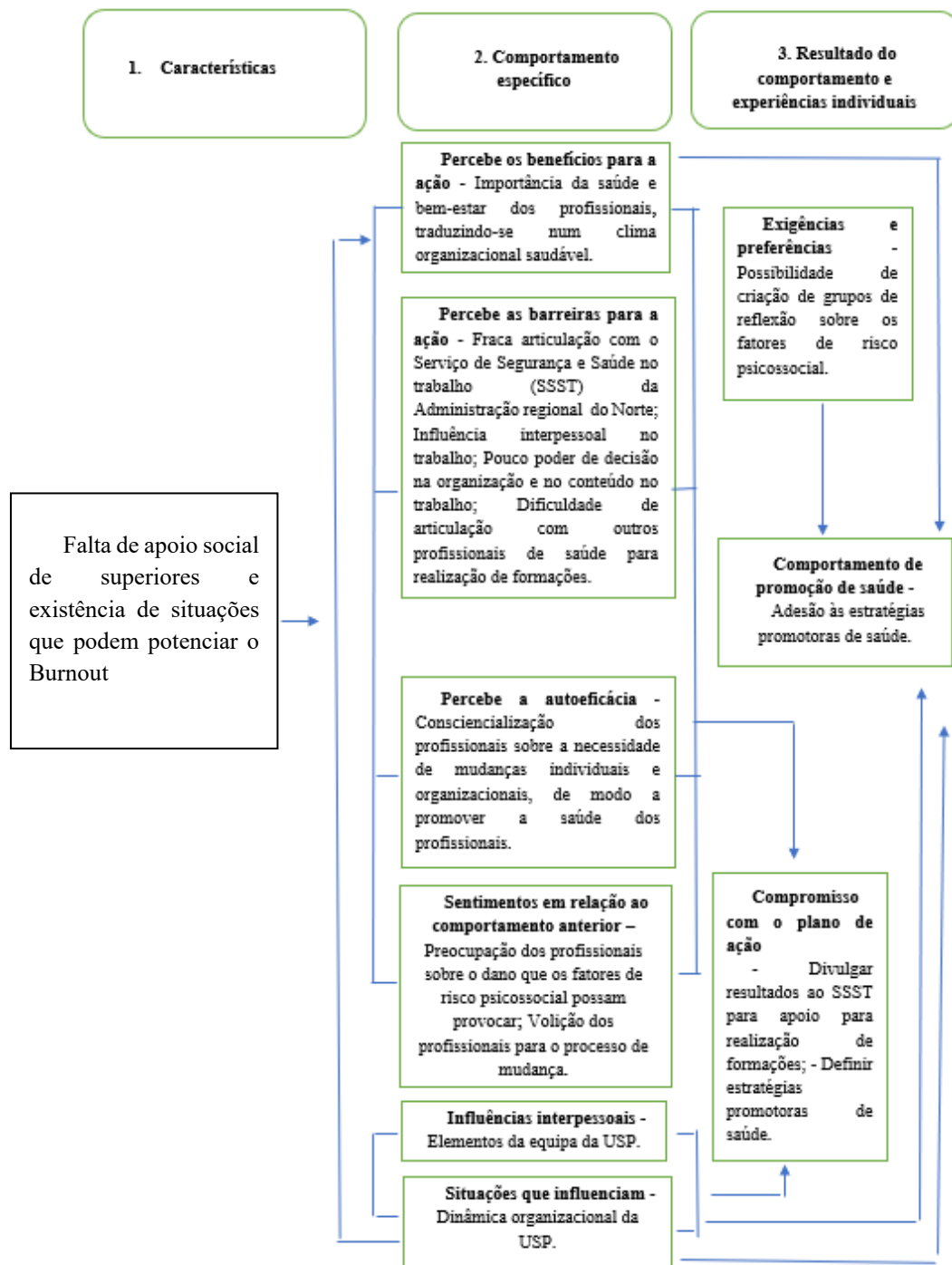
Aquando da apresentação dos resultados, os profissionais mostraram-se preocupados com alguns dados, como a falta de confiança entre eles e entenderam que seria necessário perceber o que estaria a potenciar este problema, uma vez que poderia comprometer o trabalho que é desenvolvido a nível da USP.

Referiram também as dificuldades que existiriam para serem implementadas mudanças organizacionais, visto que o funcionamento da USP está dependente de entidades externas.

Uma vez que a taxa de adesão à apresentação do estudo foi de 95% e de adesão ao questionário de 77,3%, sendo já uma amostra representativa para que os resultados obtidos fossem considerados transversais à equipa, considerámos que os profissionais se encontram interessados na possibilidade de mudança. De salientar que no período em que o questionário esteve disponível, havia uma pessoa de férias, sendo que as restantes quatro optaram por não responder.

Todas estas conclusões estão apresentadas de seguida, no diagrama de MPSNP adaptado (Figura 3). Importa repetir que, face ao que foi exposto, os profissionais ainda se encontram na fase de “*sentimentos e conhecimentos sobre o que se pretende alcançar*”. Ainda não chegaram à fase de intervenção.

Figura 3 - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender Adaptado



2.5.1. Definição de Objetivos

A definição de objetivos orienta-nos para as estratégias que serão delineadas, permitindo o sucesso da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1982, p.4) . Estes objetivos deverão ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis (Tavares, 1992). Atendendo a estas características são apresentados no quadro 4, os objetivos que consideramos cruciais para um projeto que venha a ser implementado, tendo em conta os problemas detetados no diagnóstico de situação.

Quadro 4 - Objetivos da intervenção

Objetivo Geral
Reduzir o impacto dos fatores de risco psicossocial na saúde dos profissionais da USP.
Objetivos específicos
Melhorar a perceção dos profissionais sobre a organização e conteúdo do trabalho.
Melhorar a comunicação organizacional.
Melhorar a satisfação laboral.

2.5.2. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias assume-se como uma etapa fundamental no planeamento em saúde, uma vez que permite selecionar as melhores estratégias para reduzir os problemas identificados.

Não foram definidas estratégias específicas com a equipa. No entanto, após consulta bibliográfica e tendo em conta os recursos disponíveis, apresentamos no quadro 5, algumas sugestões de estratégias de carácter individual e organizacional, de forma a dar resposta aos objetivos para um possível projeto que venha a ser implementado.

Quadro 5 - Estratégias de Intervenção

Objetivos específicos	Estratégias
<p>- Melhorar a perceção dos profissionais sobre a organização e conteúdo do trabalho.</p>	<p>- Criar uma linha de comunicação mais eficiente entre a chefia e os profissionais, que lhes permita organizar as suas tarefas mais atempadamente.</p> <p>- Definir claramente as tarefas de cada profissional.</p> <p>(AESST, 2015, 2023a, 2023c, 2023b; DGS, 2021; Lencioni, 2009)</p>
<p>- Melhorar a comunicação organizacional.</p>	<p>- Promover formações para as chefias sobre liderança e para os profissionais em geral sobre dinâmicas de grupo e gestão de conflitos.</p> <p>- Manter uma comunicação regular entre a chefia e os profissionais, que envolva feedback sobre o trabalho desenvolvido.</p> <p>(AESST, 2015, 2023a, 2023c, 2023b; DGS, 2021; Lencioni, 2009)</p> <p>- Criação de mail confidencial, com a colaboração do serviço de informática de forma que os profissionais possam dar sugestões.</p>
<p>- Melhorar a satisfação laboral.</p>	<p>- Realizar atividades de convívio extralaborais (team building). (AESST, 2015; OIT, 2016; DGS,2021)</p> <p>- Partilhar e incentivar o desenvolvimento de técnicas de relaxamento de grupo e individuais. (DGS, 2021; Escobar et al., 2021; Nunes, 2017; Santos M & Almeida A, 2016)</p> <p>-Solicitar o apoio do psicólogo da URAP para ouvir os profissionais e ajudar na resolução de situações que potenciaram episódios de stresse.</p>

2.5.3. Indicadores Epidemiológicos

Ao determinar a distribuição do nível de risco dos fatores de risco psicossocial nos profissionais da USP, a aplicação de COPSOQ permitiu-nos obter indicadores epidemiológicos que servem de orientação para tomada de decisão sobre medidas de prevenção e controlo de fatores de risco e de medidas que potenciem os fatores de proteção.

De seguida, apresentam-se alguns exemplos de indicadores epidemiológicos relativos aos fatores de proteção (Quadro 5) e aos fatores de risco (Quadro 6), aplicando-se a mesma construção para os restantes fatores que não foram explanados.

Quadro 6 - Indicadores epidemiológicos dos fatores de proteção

Indicadores epidemiológicos dos fatores de proteção	
<p>% de profissionais que se encontram em situação de risco para a saúde no fator de proteção - exigências cognitivas</p> $\frac{\text{N.º de profissionais que se encontram em situação de risco para a saúde no fator de proteção - exigências cognitivas}}{\text{N.º de profissionais da USP}} \times 100$	
<p>% de profissionais que se encontram em situação de risco para a saúde no fator de proteção - influência no trabalho</p> $\frac{\text{N.º de profissionais que se encontram em situação de risco para a saúde no fator de proteção - influência no trabalho}}{\text{N.º de profissionais da USP}} \times 100$	

Quadro 7 - Indicadores epidemiológicos dos fatores de risco

Indicadores de resultado dos fatores de risco	
<p>% de profissionais que se encontram em situação de risco para a saúde no fator de risco - exigências quantitativas</p> $\frac{\text{N.º de profissionais que se encontram em situação de risco para a saúde no fator de risco - exigências quantitativas}}{\text{N.º de profissionais da USP}} \times 100$	
<p>% de profissionais que se encontram em situação de risco para a saúde no fator de risco - ritmo de trabalho</p> $\frac{\text{N.º de profissionais que se encontram em situação de risco para a saúde no fator de risco - ritmo de trabalho}}{\text{N.º de profissionais da USP}} \times 100$	

Devido ao período temporal do estágio e a complexidade da temática abordada, não foram traçados indicadores de processo e resultado para um futuro projeto de intervenção. Sentimos que a equipa está envolvida, contudo caberá à equipa face aos resultados do diagnóstico, estabelecer os indicadores e as metas para atingir e mensurar os objetivos traçados.

CAPÍTULO 3. ATIVIDADES RELEVANTES DESENVOLVIDAS

Ao longo do estágio, para além das atividades associadas ao diagnóstico de situação, análise dos dados e consciencialização da equipa da USP, tivemos a oportunidade de participar em outros contextos e projetos que se encontram em desenvolvimento na unidade funcional, o que nos permitiu adquirir conhecimentos e competências específicas na área da Especialização em Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Saúde Escolar

De acordo com o Dec. Lei 28/2008 (2008), a USP tem como missão construir informação no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção de forma a prevenir, promover e proteger a saúde da população em geral ou de grupos específicos.

Entre os vários programas de intervenção, encontra-se a Saúde escolar, que tem por base o Programa de Saúde Escolar 2015. Este funciona como um instrumento orientador de políticas de Saúde, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis, ao aumento do nível de Literacia da comunidade educativa, à melhoria do ambiente escolar e à criação de ambientes mais seguros e isentos de doença. Potencia também o estabelecimento de parcerias, de modo a capacitar os diferentes profissionais para a promoção e educação para a saúde em meio escolar (DGS, 2015).

De acordo com o Plano Local de Saúde da USP da região do Norte, foram detetados os seguintes problemas: excesso de peso na população em todo o ciclo da vida; incidência elevada de diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial e dislipidemia; elevada prevalência do uso de álcool e tabaco; e elevada incidência do HIV.

Face a estes resultados, a Saúde escolar torna-se uma mais-valia, assumindo um papel crucial na tentativa de diminuir a incidência dos problemas detetados, a médio e longo prazo.

Pretende-se intervir nos determinantes em saúde, de modo a capacitar a comunidade escolar para escolhas mais saudáveis, para que muitas doenças sejam evitáveis no futuro.

Na reunião que tivemos oportunidade de participar, verificámos na prática que há falta de enfermeiros para o número de alunos e restante comunidade educativa.

Segundo o regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que especifica as dotações dos cuidados de Enfermagem, é preconizado 1 enfermeiro Especialista por cada 1500 alunos saudáveis, sendo que o parque escolar apresenta cerca de 15 000. Neste ACES, observámos a existência de apenas 2 enfermeiros alocados à UCC existente, sendo que das 35 horas semanais de trabalho que cumprem, apenas 5 são dedicadas à área de saúde escolar, o que consideramos ser insuficiente.

Por essa mesma razão, e também porque têm de despende de grande parte dessas horas para acompanharem crianças com necessidades de saúde especiais, os profissionais sentem dificuldade em diagnosticar as necessidades de educação para a saúde com o Coordenador da Promoção e Educação para a Saúde nas escolas.

De salientar ainda que a área geográfica abrangida pela USP possui um número significativo de escolas que estão abrangidas pelo programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritária. Este programa tem como objetivo diminuir o abandono prematuro da escola, bem como promover o sucesso escolar dos alunos e como a sua implementação é bastante exigente, acaba por se traduzir em mais uma condicionante à realização de intervenções no âmbito da promoção em saúde.

Face a tudo o que foi explanado, torna-se evidente a necessidade de mais Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária, de forma a realizar diagnósticos de situação nos diferentes níveis de ensino, de forma a intervir no que é prioritário.

Seria igualmente recomendável a existência de mais parcerias entre a Saúde Escolar e o Município, conforme nos diz a alínea f) do artigo 32, do Dec. Lei 28/2008, que estabelece o regime de criação dos ACES, “... *Propor ações de educação e promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas no conselho da comunidade.*”

Vigilância Epidemiológica

De acordo com a Lei 81/2009, uma das funções da USP é promover a investigação e vigilância epidemiológica. Decorrente desta atribuição legal, surgem na USP alertas de vigilância epidemiológica, através da comunicação clínica e laboratorial de casos suscetíveis de colocar em risco a saúde pública, que despoletam a execução de uma investigação

epidemiológica, através do preenchimento dos formulários eletrônicos do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Segundo a Portaria 248/2013 de 5 de setembro, que aprova o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos de saúde pública, este registo é muito importante, pois permite a emissão de alertas automáticos às autoridades de saúde e a produção de informação estatística inerente ao processo de vigilância.

Posteriormente, a DGS procede à notificação dos casos de doenças transmissíveis de declaração obrigatória ao Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, à OMS e a outras instituições internacionais.

Semanalmente, estes casos são discutidos entre os profissionais na reunião que decorre na USP, na qual tivemos oportunidade em participar, tendo sido uma mais-valia, pois permitiu-nos perceber as diligências necessárias para a realização dos inquéritos epidemiológicos, quando surgem doenças transmissíveis de notificação obrigatória.

A realização destes inquéritos nem sempre é fácil, devido aos contactos necessários e à complexidade das questões que são colocadas aos indivíduos, contudo é a partir da sua execução que são decididas as medidas para evitar a propagação das doenças e interromper a cadeia de transmissão.

Participação no Dia Formativo do ACES

O ACES, no qual se encontra integrada a USP, realiza anualmente o Dia Formativo, durante o qual as diferentes unidades funcionais apresentam os projetos que estão a ser realizados, através de comunicações livres, mesas redondas e apresentação de posters, sendo um momento de partilha entre as diferentes unidades funcionais.

O tema central deste evento foi a comunicação, tendo sido abordada a sua importância, quer para a partilha de informação entre os profissionais, quer entre os profissionais e os utilizadores de serviços de saúde.

Foi partilhado que estão a ser realizadas formações a nível de utilização do Microsoft Office para os profissionais da USP, de modo a capacitá-los para uma maior rentabilização na utilização dos sistemas de informação e para conseguirem uma comunicação mais eficaz entre eles. A ideia foi bem recebida pelos profissionais, que até sugeriram que a mesma fosse apresentada a todos os profissionais do ACES.

Falou-se também na necessidade de se investir cada vez mais na utilização de recursos tecnológicos, para informar com rigor e criatividade, de modo a promover a literacia em saúde dos cidadãos.

A participação neste evento possibilitou-nos confirmar que ainda existe muita dificuldade em articular informação entre o ACES e o contexto hospitalar, devido à existência de múltiplos sistemas de informação para os diferentes profissionais, o que faz com que haja perda de informação, pondo, por vezes, em causa a continuidade dos cuidados.

CAPÍTULO 4. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretendemos analisar de forma crítica e reflexiva o percurso realizado ao longo do estágio e de que forma foram adquiridas as competências para a atribuição do título de EEESCSP e grau de Mestre em Enfermagem. Para esta análise integrou-se o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), das competências específicas do EEECESCP (OE, 2018) e o guia do Mestrado em Enfermagem.

**Quadro 8 - Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Comunitária**

Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária	
a) Gerir de forma adequada a informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.	- Ao longo do estágio, procurámos transpor o conhecimento adquirido desde a formação base até ao momento, acrescentando a experiência profissional. Utilizou-se a metodologia do planeamento em saúde para o diagnóstico de saúde, de forma a identificar as necessidades de uma comunidade específica. Observamos que os contextos laborais se têm alterado e conduzido cada vez mais a esta realidade emergente. O tema escolhido, os riscos psicossociais foi, portanto, ao encontro de uma necessidade identificada no próprio ambiente profissional.
b) Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.	- A realização de reuniões com a tutora, o orientador do estágio e o coordenador da USP permitiu-nos trocar ideias que contribuíram de forma muito favorável para o desenvolvimento do estudo. A apresentação do estudo e dos resultados do diagnóstico de situação à equipa levaram-nos a aprimorar as nossas competências de exposição e comunicação, procurando com isso despertar a atenção e o interesse de todos.

<p>c) Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e a família, especialmente na sua área de especialização.</p>	<p>- Utilizámos o COPSOQ para fazer o diagnóstico de situação e tivemos o cuidado de, aquando da apresentação dos resultados, fazê-lo através de uma esquematização que facilitasse a leitura e a interpretação dos dados (Apêndice 1). Essa esquematização foi apresentada propositadamente após o preenchimento dos questionários (e não antes), pois entendemos que a sua complexidade poderia desmotivar a participação dos profissionais.</p>
<p>d) Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.</p>	<p>O Planeamento em Saúde foi a base de todo este processo, sem nunca esquecer a evidência da literatura que existe acerca da temática abordada. Utilizámos também o referencial MPSNP, que nos permitiu explicar as diversas fases por que os profissionais passam para poderem alcançar um comportamento de promoção em saúde.</p>
<p>e) Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização.</p>	<p>Tratando-se de um contexto novo, uma vez que a minha experiência profissional é decorrente dos cuidados de saúde diferenciados, procurámos que a aquisição de conhecimentos fosse o mais baseada possível na evidência científica atual.</p>
<p>f) Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e a família, especialmente na sua área de especialização.</p>	<p>Os problemas revelados pelos profissionais foram os expectáveis, face à própria experiência profissional, e condizentes com os estudos que analisámos para fazer a reflexão crítica dos resultados obtidos. É natural que assim seja, tendo em conta a alteração dos contextos laborais, que levaram, inevitavelmente, à realidade com que nos deparámos.</p>
<p>g) Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.</p>	<p>A elaboração do projeto para o coordenador do ACES para a obtenção de aprovação e para posterior consentimento da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde foi um desafio, no sentido em que nos levou a criar algo completamente novo, fora do âmbito da nossa experiência profissional.</p>
<p>h) Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.</p>	<p>Em todo o percurso do estágio, procurámo-nos basear em evidência científica e responder aos requisitos éticos e sociais necessários para a implementação do projeto e posterior publicação dos dados.</p> <p>De modo a obter um parecer favorável da Comissão de Ética do ACES e da ARS Norte, garantimos o anonimato dos profissionais e a confidencialidade dos dados.</p>

<p>i) Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.</p>	<p>O estudo realizado foi assente no Planeamento em Saúde e na integração dos resultados obtidos através do COPSQ. Permitiu também a elaboração de um conjunto de objetivos e sugestões para a posterior implementação de um projeto de intervenção.</p>
<p>j) Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.</p>	<p>A investigação em Enfermagem, sendo um processo científico rigoroso e que obedece a um conjunto de etapas, incrementa o aumento do conhecimento da Disciplina. A decisão clínica deve-se basear na melhor evidência científica, o que tentámos manter ao longo do estágio, bem como na realização do relatório.</p>
<p>k) Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização.</p>	<p>Face ao estudo realizado, pretendemos divulgar os resultados obtidos com uma publicação de carácter científico.</p>
<p>l) Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p>	<p>O recurso a técnicas de comunicação claras e concretas sobre a temática à tutora e ao Coordenador da USP levou à aprovação do projeto. A mesma assertividade na apresentação do estudo conduziu a uma forte aceitação por parte dos profissionais, que aderiram ao questionário com grande representatividade.</p>
<p>m) Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.</p>	<p>Procurámos manter uma postura adequada e uma relação empática com a equipa, o que se traduziu na concretização do estudo.</p>
<p>n) Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização.</p>	<p>O envolvimento da equipa para a realização do estudo foi bastante positiva, não só pelo número de profissionais que responderam ao questionário, bem como pelo interesse que demonstraram aquando da apresentação dos resultados. Ficaram surpreendidos com alguns resultados e perceberam que era necessário tomarem medidas para criarem uma mudança de comportamento. Houve uma tomada de consciência, que era o que se pretendia.</p>
<p>p) Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade.</p>	<p>Foi realizado o diagnóstico de situação e apresentaram-se os resultados à equipa, tendo ficado evidenciado que algumas áreas requerem intervenção.</p>
<p>q) Promover formação em serviço na área a especialização.</p>	<p>Não existiu possibilidade de desenvolver esta competência.</p>
<p>r) Colaborar no processo de integração de novos profissionais.</p>	<p>Não existiu possibilidade de desenvolver esta competência.</p>
<p>s) Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica</p>	<p>Os momentos de partilha com a Enfermeira tutora e o Orientador do estágio e restantes intervenientes no estudo contribuíram para esta aquisição, em alinhamento com o Planeamento em Saúde e com a pesquisa bibliográfica que foi realizada ao longo do estágio.</p>

t) Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;	A utilização do Planeamento em Saúde permitiu-nos desenvolver esta competência.
u) Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;	Todo o percurso realizado neste ciclo académico, bem como o acompanhamento da tutora e do orientador do estágio, foram facilitadores de uma evolução individual e profissional, permitindo um trabalho mais autónomo.
v) Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização	A utilização do COPSOQ permitiu identificar os fatores de risco psicossocial dos profissionais e de que forma isso poderia levar a questões de suscetibilidade e stresse. Esta forma de supervisão sobre os elementos da equipa revela-se fundamental para que, posteriormente, sejam implementadas intervenções para ganhos em saúde.
w) Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização	O EEESCSP, tendo por base o Planeamento em Saúde, deteta as necessidades de saúde prioritárias, de forma a poder intervir, considerando os recursos existentes, sendo o seu objetivo primordial a promoção de saúde dos indivíduos. O diagnóstico realizado teve como meta a identificação de problemas, de forma que sejam tomadas medidas para melhor a saúde dos profissionais.

De seguida apresentamos as competências do EEESCSP.

Quadro 9 - Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	
- Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.	Desde a elaboração do projeto de estágio, propusemo-nos a que o percurso tivesse como fio condutor o Planeamento em Saúde, facilitando a tomada de decisão, sendo a sua implementação uma das competências do EEESCSP. As USP são responsáveis pela coordenação de programas e projetos em saúde, de forma a dar resposta ao PNS vigente. Fizemos vigilância da saúde dos profissionais, realizando um diagnóstico de situação sobre os riscos psicossociais. Ficou evidenciado que o planeamento em Saúde deve ser utilizado em todos os contextos e que a aquisição desta competência permitirá continuar a usar esta metodologia a nível profissional, potenciando melhores cuidados e ganhos em saúde.

<p>- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;</p>	<p>O COPSOQ tem na sua gênese o modelo de exigências e controle. Com a sua utilização, capacitamos os profissionais para a forma como o ambiente organizacional poderá estar a afetar a saúde deles.</p>
<p>- Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;</p>	<p>Com a realização deste projeto, pretendíamos dar resposta ao PNS de 2021-2030, bem como ao Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) com extensão de 2018-2020, que realça a necessidade de vigilância epidemiológica dos riscos ocupacionais, em que se incluem os riscos psicossociais. O objetivo desta vigilância é conseguirmos intervir precocemente, promovendo a saúde dos profissionais.</p>
<p>- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.</p>	<p>Não foi realizada vigilância epidemiológica à comunidade em que se insere a USP. Contudo, essa mesma vigilância foi aplicada aos profissionais, na medida em que o COPSOQ inclui dimensões psicossociais com evidência epidemiológica relacionadas com a saúde, que permitiram medir indicadores de exposição (fatores de risco psicossocial) e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e stresse).</p>

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, os contextos laborais têm-se modificado, devido às alterações sociodemográficas e ao aumento da utilização da tecnologia.

A exigência de haver um nível de produtividade cada vez maior, a pressão para realizar tarefas num período cada vez mais reduzido, as expectativas de evolução na carreira, a existência de relações interpessoais instáveis, bem como estilos de liderança ineficazes e um apoio social insuficiente por parte dos superiores hierárquicos podem desencadear um impacto negativo na saúde dos profissionais. Estas exigências laborais são responsáveis por situações de stress no trabalho.

Perante estes fenómenos, emerge a necessidade de identificar, prevenir e intervir nos fatores de risco psicossocial relacionados com o trabalho, potenciando o equilíbrio entre o trabalho e a família e o equilíbrio emocional e capacitando os profissionais para um desempenho profissional saudável e produtivo.

Alicerçado no Planeamento em Saúde, o EEECESCSP assume um papel fundamental nesta capacitação dos indivíduos e das comunidades, dando resposta a programas e projetos de intervenção para cumprimento de PNS.

Neste relatório, descrevemos algumas etapas do Planeamento em Saúde realizadas no estágio final do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, integrado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, decorrido numa USP da região do norte do País.

Sendo os riscos psicossociais uma área prioritária no âmbito da PNS e do PNSO, e atendendo à perceção que os profissionais da USP tinham sobre o impacto que a pandemia causou nos contextos laborais, levando a uma reorganização do trabalho, decidimos avaliar os fatores de risco psicossocial que poderiam estar a interferir na saúde dos profissionais.

Foi utilizado o COPSOQ, uma vez que era um instrumento que ia ao encontro das nossas necessidades, pois as suas dimensões englobam os fatores de risco psicossocial e o seu efeito na saúde dos profissionais.

Através do nosso estudo, os profissionais perceberam que podem existir três níveis de risco: elevado, intermédio e sem risco (nas diferentes sub-dimensões).

A falta de apoio dos superiores e as potenciais situações de burnout, ambos considerados fatores de risco, foram os identificados como constituindo maior perigo para a saúde dos profissionais.

A comunidade social no trabalho, a satisfação no trabalho, o compromisso com o local de trabalho, o significado do trabalho, a auto-eficácia, a justiça e o respeito, a qualidade de liderança, o apoio social de colegas, o reconhecimento, a transparência do papel laboral, a previsibilidade e a influência no trabalho, fatores considerados de proteção, também foram percebidos como estando em falta pelos trabalhadores, assumindo-se como fatores de risco intermédio para a saúde.

Os profissionais identificaram ainda como fatores de risco intermédio os seguintes fatores de risco: as exigências quantitativas, o ritmo de trabalho, as exigências emocionais, os conflitos laborais, a confiança horizontal, os sintomas depressivos e o stresse. A presença destes fatores de risco pode levar à falta de saúde nos profissionais.

Devido ao limite temporal do estágio e à complexidade da temática, foi apenas realizada a consciencialização dos profissionais para os problemas detetados. Não sendo o ideal, porque gostaríamos de ter ido ainda mais longe, é sempre importante trazer à discussão assuntos de tamanha relevância e esperamos que este nosso contributo de expor a realidade atual dos profissionais e os riscos a que estão sujeitos motive a equipa da USP a implementar as alterações organizacionais que promovam a saúde e o bem-estar dos profissionais.

Consideramos que seria igualmente pertinente que se fizessem mais estudos sobre a temática dos riscos psicossociais nos CSP, pois, durante a nossa pesquisa bibliográfica, verificámos que pouco se fez neste contexto, principalmente quando comparado com o número de estudos que já se fez nos cuidados de saúde diferenciados.

A realização deste relatório permitiu-nos descrever as atividades realizadas durante o estágio, o que possibilitou a aquisição de competências, a evolução pessoal e profissional e a tomada de consciência sobre a importância da investigação em Enfermagem, que permita que a prática clínica seja baseada na melhor evidência possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2007). *Previsão de especialistas sobre riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho*. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Luxemburgo.
- Agência Europeia da Segurança e Saúde no Trabalho. (2023). *Managing stress and psychosocial risks E-guide*. <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-resources/e-guides/e-guide-managing-stress-and-psychosocial-risks>
- Agência Europeia de Segurança e Higiene no Trabalho. (2023). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*. <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho. (2015). *Prémios de boas práticas «Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis» 2014-2015: gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho*. Publications Office.
- Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho. (2023a). *Como os locais de trabalho europeus gerem a segurança e saúde*. <https://visualisation.osha.europa.eu/esener/en>
- Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho. (2023b). *Intervenções para prevenir e gerir os riscos psicossociais e o stress relacionado com o trabalho*. <https://oshwiki.eu/wiki/Interventions>
- Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho. (2023c). *Stress relacionado com o trabalho: natureza e gestão*. [https://oshwiki.eu/wiki/Work-related stress: _Nature_and_management](https://oshwiki.eu/wiki/Work-related_stress:_Nature_and_management)
- Almeida, H., Brito-Costa, S., Alberty, A., Gomes, A., Lima, P., & Vicente Castro, F. (2016). Modelos De Stress Ocupacional: Sistematização, Análise e Descrição. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 434. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.309>
- Areosa, J., & Neto, H. (2014). *Sociedade dos riscos emergentes*. <https://www.researchgate.net/publication/332120108>

- Assembleia da República. (2009). Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da república*, 6167–6192. https://www.pgdlisboa.pt/leis/leis_mostra_articulado.php?nid=1158&tabela=leis
- Baldonado, M., Mosteiro, P., Queirós, C., & Borges, E. (2018). *Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal [Stress at work among nurses: a comparative study Spain/Portugal]*. <https://www.researchgate.net/publication/326827211>
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riv18015>
- Borges, E., De, L., Trindade, L., & Professora, A. (2021). *Processo de trabalho em saúde e enfermagem*. 43–48.
- Borges, E. M. N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. *Rev Rene*, 22, e60790. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>
- Burr, H., Albertsen, K., Rugulies, R., & Hannerz, H. (2010). Do dimensions from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict vitality and mental health over and above the job strain and effort-reward imbalance models? *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(SUPPL. 3), 59–68. <https://doi.org/10.1177/1403494809353436>
- Cabrera, D., Fernaud, E., & González, G. (2013). *Carga Mental de Trabajo - Guías de Intervención* (Editorial Sintisis, Ed.).
- Carlotto, M. S., Wendt, G. W., Lisboa, C., & Moraes, M. A. (2014). Preditores da adição ao trabalho em trabalhadores que utilizam tecnologias de informação e comunicação. *Temas em Psicologia*, 377–387. <https://doi.org/10.9788/TP2014.2-09>
- Chaves, C., Duarte, J., Nelas, P., Coutinho, E., Cruz, C., & Dionísio, R. (2019). *O tecnostress em profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários*.
- Coelho, J. (sem data). *Gestão preventiva dos Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais no Quadro da União Europeia*.
- Coelho, J. (2009). *Gestão preventiva dos Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais no Quadro da União Europeia*. Universidade Fernando Pessoa.
- Comissão Europeia. (89AD). *Diretiva 89/391 Jornal Oficial das Comunidades Europeias*. <https://www.iasaude.pt/Saude/trabalho/Diretivas/Diretiva-89-391-CEE.pdf>
- Comissão Europeia. (2000). *Guia para o Stress Relacionado com o Trabalho — o «tempero da vida» ou «o beijo da morte»*.

- Comissão Europeia. (2021). *Quadro estratégico da UE para a saúde e segurança no trabalho 2021-2027 Segurança e saúde no trabalho num mundo de trabalho em mudança*.
- Diogo, P., & Mendonça, T. (2019). Trabalho Emocional em Cuidados de Saúde- Uma revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 21–40.
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*.
- Direção Geral de Saúde. (2021). *GUIA TÉCNICO Nº 3 Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho*. www.dgs.pt
- Escobar, C., Gonçalves, A., & Silva, H. (2021, Agosto). Influência das Terapias Complementares na redução do Stress Ocupacional. *Revista de Investigação em Enfermagem Sinais Vitais*, 23–28. <http://www.latindex.unam.mx>.
- Eurocontrol, G. (2010). *The Change & Transition Tools Compendium. (Vol. 1)*. (pp. 1–89). European Organisation for the Safety of Air Navigation.
- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>
- Freitas, L. (2022). *Segurança e Saúde no Trabalho* (Edições Sílabo, Ed.; 5ª).
- Fronteira, I. (2021). *Manual de Epidemiologia*. Edições Almedina.
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H. M., Schwappach, D., & Rieger, M. A. (2008). Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: Psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-353>
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*.
- González, G. (2007). *Las Enfermedades del trabajo: nuevos riesgos psicosociales y su valoración en el derecho de la protección social*.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(6), 438–449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of

- quantitative studies. Em *Journal of Nursing Management* (Vol. 29, Número 7, pp. 1893–1905). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jonm.13336>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020a). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020b). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lei n.º 81/2009, de 21 de Agosto, da Assembleia da República. (2009). Diário da República n.º 162/2009, Série I de 2009-08-2. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/81-2009-488301>
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). *Work Organisation and Stress - Protecting Workers' O Health Series N.3*. Universidade Boulevard.
- Leka, S., & Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lencioni, P. (2009). *Os cinco desafios de uma equipa*. Smartbook.
- Libano, M. Del, Gumbau, S. L., Salanova, M., Schaufeli, W. B., & Leuven, K. U. (2010). *Validity of a brief workaholism scale*. www.psicothema.com
- Lima, J. (2021). *Covid-19 e os profissionais de saúde e implicações na percepção da saúde*.
- Lopes, J., Patrício, A., Lopes, D., Duarte, M., & Gomes, J. (2022, Junho 4). Burnout prevention strategies in nurses– review. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*.
- Mações, M. (2018). *Manual de Gestão Moderna* (2ª Edição). Editora Atual.
- Manning, J. (2016). The influence of nurse manager leadership style on staff nurse work engagement. *Journal of Nursing Administration*, 46(9), 438–443. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000372>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 24–30.
- Martins, H. (2018). *Violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência*. Instituto Politécnico de Viseu.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2000). *JOB BURNOUT*.
www.annualreviews.org
- Meira, H., & Coelho, S. P. F. (2019). Riscos Psicossociais dos Enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(22), 127–138.
<https://doi.org/10.12707/RIV19018>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública*. Lidel Editora.
- Ministério da Saúde. (2008). *Dec. Lei 28/2008*. <https://dre.tretas.org/dre/229499/decreto-lei-28-2008-de-22-de-fevereiro>
- Moncada, S., Llorens, C., Andrés, R., Molinero, E., & Moreno, N. (2014). *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales*. <http://www.copsoq.istas21.net/ficheros/documentosmanual>
- Moura, P., Moura, T., & Ruivo, R. (2018). Riscos psicossociais em trabalhadores de uma Unidade Local de Saúde no Alentejo. *Junho*, 16, 17. <https://doi.org/10.25752/psi.14598>
- Ndjaboué, R., Brisson, C., & Vézina, M. (2012). Organisational justice and mental health: A systematic review of prospective studies. Em *Occupational and Environmental Medicine* (Vol. 69, Número 10, pp. 694–700). BMJ Publishing Group.
<https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100595>
- Neto, H. (2015). Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *Jornal Internacional das Condições do Trabalho*.
- Neto, H., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho* (Civeri, Ed.).
- Neto, H. V. (2019). *Condições psicossociais de trabalho em profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados (Nº 2)*. Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente. <https://www.researchgate.net/publication/339362857>
- NP 4397:2008 - Sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho: Requisitos. (2008). Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- Nunes, A. P. (2017). *Programa de Intervenção para prevenção do Burnout em Unidades de Cuidados Intensivos - Um dever ético* [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- OHSAS 18001:2007 - *Sistemas de Gestão da Saúde e Segurança Ocupacional*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública* (pp. 19354–19359). Diário da República, 2ª série - Nº 135 - 16 de Julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (pp. 4744–4750). Diário da República, 2º série - N° 26 - 6 de Fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Internacional do Trabalho. (2016). *Workplace stress: a collective challenge*. ILO.
- Organização internacional do trabalho. (2020). *Ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/--ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_783092.pdf
- Organização Internacional do Trabalho. (2021). *Antecipar, preparar e responder a crises - Investir agora em sistemas de SST resilientes*. Bureau Internacional do Trabalho. www.ilo.org/publns.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice* (Pearson Education, Ed.).
- Pereira, S., & Ribeiro, C. (2017). Riscos psicossociais no trabalho. *Gestão e Desenvolvimento*, 25, 103–120. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2017.360>
- Portaria n.º 248/2013, de 5 de agosto, do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República n.º 149/2013, Série I de 2013-08-05. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/248-2013-499034>
- Portuné, R. (2012). Riscos Psicossociais no local de trabalho: um desafio crescente para a proteção da saúde alemã e internacional. Em *Arhiv za Higijenu Rada i Toksikologiju* (Vol. 63, Número 2). <https://doi.org/10.2478/10004-1254-63-2012-2212>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ribeiro, M. F. A. (2012). *Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu.
- Rodrigues, C. (2018). *Riscos psicossociais dos profissionais de saúde em contexto de trabalho hospitalar*. Universidade de Évora.
- Rodrigues, C. M. L., Faiad, C., & Facas, E. P. (2020). Risk Factors and Psychosocial Risks at Work: Definition and Implications. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36, 1–9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772E36NSPE19>
- Santos M, & Almeida A. (2016). *Porquê prescrever exercício em contexto laboral?* Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional.
- Silva, C. F. (2013). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire - Versão Portuguesa*. Universidade de Aveiro. www.analiseexacta.pt

- Sofia, V. (2020). *Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia Covid 19*. Universidade do Porto.
- Sumiya, A., Pavesi, E., Alves de Macêdo, J., Farhat, G., & Salmaso Trelha, C. (2021). Mudanças de hábitos de vida em trabalhadores da atenção primária durante a pandemia de COVID-19. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, 12, 1–13. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1106>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (Ministério da Saúde, Ed.).
- Vergara, C. D., Althoff, A. G. A., Pedrotti, L. G., Vazquez, A. C. S., & Oliveira, M. M. C. De. (2020). Engajamento e a adição ao trabalho em profissionais em Recursos Humanos. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 20(3). <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.3.17776>
- Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235–240. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002005000300002>
- Victor, J., Venícios De Oliveira Lopes, M., & Ximenes, L. B. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Em *Acta Paul Enferm* (Vol. 18, Número 3).
- Wecki, A. (2015). *Taw o modelo de Karasek e a mediação pelo engagement como forma de prever o bem-estar* [Tese de Mestrado]. Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia.

Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados - COPSOQ

COPSOQ II – Versão Média

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

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

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

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa fazer horas-extra?					
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?					
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?					
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?					
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?					
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?					
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
18. O seu trabalho apresenta objectivos claros?					
19. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exactamente o que é esperado de si?					
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o?					
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?					
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?					
26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?					
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?					

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

	1	2	3	4	5
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?					
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					
Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...					
36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38. É bom no planeamento do trabalho?					
39. É bom a resolver conflitos?					

As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.

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

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

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

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

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

56. As suas perspectivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					
60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

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

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

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

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

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

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

	1	2	3	4	5
65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					

	1	2	3	4	5
69. Irritado?					
70. Ansioso?					
71. Triste?					
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

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

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

Anexo II - Autorização do Coordenador do Agrupamento de Centros de Saúde



COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA: **2022-12-27**
REFERÊNCIA: **CCS/2022/111**

PARA: DIRETOR EXECUTIVO

DE: CONSELHO CLÍNICO DE SAÚDE

ASSUNTO ..: Projeto de Investigação: "Riscos Psicossociais e Saúde dos Profissionais numa Unidade de Saúde Pública - Diagnóstico da Situação"

Cumpra remeter Projeto de Investigação - "Riscos Psicossociais e Saúde dos Profissionais numa Unidade de Saúde Pública - Diagnóstico da Situação", solicitando o parecer de V. Exa. sobre o Estudo em apreço

té rias

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted signature]

[Redacted signature]

Nada a opor à sua realização,
2023-01-04

Anexo III - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte



COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA: 2023-03-15
REFERÊNCIA: CE/2023/37

PARA: CONSELHO DIRETIVO
DE: COMISSÃO DE ÉTICA
ASSUNTO ..: PI 20230019 - Riscos Psicossociais e Saúde dos Profissionais numa USP - Diagnóstico de situação

A- Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. recebeu no dia 27 de Fevereiro de 2023 o pedido de parecer relativo ao projeto intitulado "RISCOS PSICOSSOCIAIS E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS NUMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO" formulado pela investigadora Maria Manuela Pinto Borges, enfermeira [REDACTED] no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa Orientado pela Enfermeira Especialista [REDACTED]. O estudo será efetuado na Unidade de Saúde Pública do ACES [REDACTED].

EXARADO NA ATA Nº 2023_14
REUNIÃO DE 2023-03-29

DELIBERADO AUTORIZAR
2023-03-29

[REDACTED]

Presidente do CD

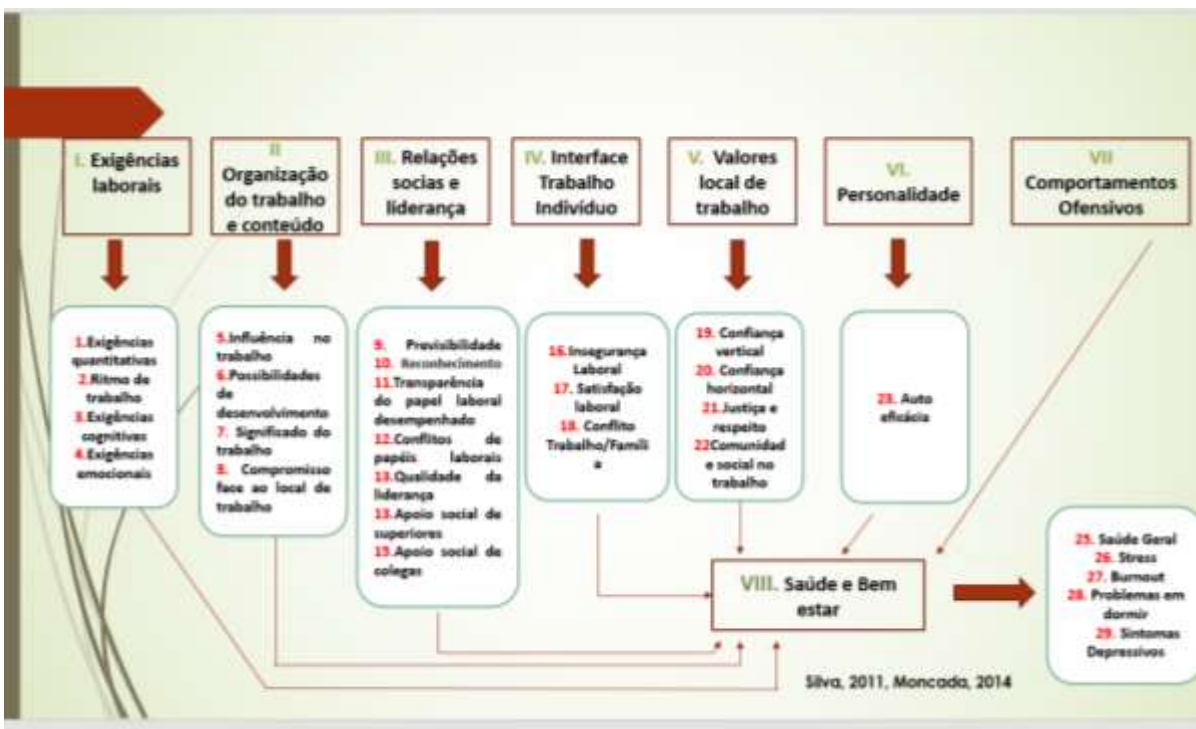
[REDACTED]

Vice Presidente do CD

[REDACTED]

Voçal do CD

Apêndice I - Esquematização do Instrumento de Recolha de Dados



I. Exigências laborais- 4 sub-dimensões

Exigências quantitativas	Ritmo de trabalho	Exigências cognitivas	Exigências emocionais
Carga de trabalho e tempo disponível 1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída? 2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas? 3. Precisa de fazer horas extra?	Tempo de trabalho e as pausas que faz. 4. Precisa de trabalhar muito rapidamente?	Tomada de decisão, capacidade de criar novas ideias, controlo de tarefas e conhecimentos. 5. O seu trabalho exige a sua atenção constante? 6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias? 7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?	Forma como o trabalho nos afeta os nossos sentimentos 8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?

Silva,2011,Moncada,2014

II. Organização do trabalho e conteúdo 4 - sub-dimensões

Influência no trabalho	Possibilidades de desenvolvimento	Significado do trabalho	Compromisso face ao local de trabalho
Poder de decisão e autonomia em relação ao conteúdo e condições de trabalho. 9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho? 10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalhar? 11. Pode influenciar a quantidade que lhe compete a si? 12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?	Perspetivas de desenvolver competências 13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa 14. O seu trabalho permiti-lhe aprender coisas novas? 15. O seu trabalho permiti-lhe usar as suas habilidades ou perícias?	Perceção daquilo que faz é importante 51. O seu trabalho tem significado para si? 52. Sente que o seu trabalho é importante? 53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?	Relações emocionais entre o trabalho e o trabalhador 54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho? 55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são os seus também?

Silva,2011,Moncada,2014

III. Relações Sociais e Liderança - 7 sub-dimensões

Previsibilidade	Transparência do papel laboral desempenhado	Reconhecimento	Conflitos laborais
<p>Informação dada aos trabalhadores adequada e atempada</p> <p>16. No seu local de trabalho é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?</p> <p>17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?</p>	<p>Definição dos objetivos e responsabilidades dos colaboradores</p> <p>18. O seu trabalho apresenta objetivos claros?</p> <p>19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?</p> <p>20. Sabe exatamente o que é esperado de si?</p>	<p>Informação dada sobre trabalho desenvolvido e oportunidades de melhorar.</p> <p>21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado?</p> <p>22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o?</p> <p>23. É tratado de forma justa?</p>	<p>Exigências impostas entram em conflito com normas e valores.</p> <p>24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam e outros não?</p> <p>25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?</p> <p>26. Por vezes tem que fazer coisas desnecessárias?</p>

Silva, 2011, Moncada, 2014

III. Relações Sociais e Liderança - 7 sub-dimensões

Qualidade de Liderança	Apoio social de colegas	Apoio social de superiores
<p>36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?</p> <p>37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?</p> <p>38. É bom no planeamento do trabalho?</p> <p>39. É bom a resolver conflitos?</p>	<p>27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?</p> <p>28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?</p> <p>29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?</p>	<p>30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?</p> <p>31. Com que frequência tem ajuda do seu superior imediato?</p> <p>32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?</p>

Silva, 2011, Moncada, 2014

IV. Interface Trabalho Indivíduo – 3 sub-dimensões

Insegurança Laboral	Satisfação Laboral	Conflito Trabalho/Família
<p>Mudança de condições de trabalho, como as mudanças de horário de trabalho e remuneração</p> <p>60. Sente-se preocupado em ficar sem trabalho?</p>	<p>Percepção que o trabalhador tem sobre as condições de trabalho e a aplicação das suas capacidades</p> <p>Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está:</p> <p>56. As suas perspectivas de trabalho?</p> <p>57. As condições físicas do seu local de trabalho?</p> <p>58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?</p> <p>59. O seu trabalho de uma forma global?</p>	<p>As exigências e obrigações do trabalho influenciam de forma negativa a vida familiar</p> <p>62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a vida privada negativamente?</p> <p>63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?</p> <p>64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalho demais?</p>

Silva, 2011, Moncada, 2014

V. Valores no local de trabalho - 4 sub-dimensões

Confiança Vertical	Confiança Horizontal	Justiça e Respeito	Comunidade Social no trabalho
<p>Confiança entre subordinados e chefia bem como na sua partilha de informações onde é expressado os diferentes pontos de vista</p> <p>43. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?</p> <p>44. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?</p> <p>45. A gerência oculta informação aos seus subordinados?</p>	<p>Confiança entre os profissionais</p> <p>40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?</p> <p>41. Os funcionários ocultam informação à gerência?</p> <p>42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?</p>	<p>Equidade na resolução de problemas, bem como na valorização do trabalho e justa distribuição do trabalho</p> <p>46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?</p> <p>47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?</p> <p>48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?</p>	<p>Interação social entre os profissionais</p> <p>33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?</p> <p>34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?</p> <p>35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?</p>

Silva, 2011, Moncada, 2014

VI. Personalidade

VII. Comportamentos Ofensivos

Personalidade – Auto-Eficácia	Comportamentos Ofensivos
<p>Confiança e/ou expectativa de que através do esforço pessoal é possível realizar com sucesso numa função específica.</p> <p>49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.</p> <p>50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objetivos.</p>	<p>73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?</p> <p>74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?</p> <p>75. Tem sido exposto a ameaças de violência?</p> <p>76. Tem sido exposto a violência física?</p>

Silva, 2011, Moncada, 2014

VIII. Saúde e Bem estar – 5 Sub-dimensões

Saúde Geral	Stress	Burnout	Problemas em Dormir	Sintomas Depressivos
<p>Perceção dos profissionais sobre o seu estado de saúde</p> <p>62. Em geral, sente que a sua saúde é:</p>	<p>Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu-se...</p> <p>69. Irritado?</p> <p>70. Ansioso?</p>	<p>Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu-se...</p> <p>67. Fisicamente exausto?</p> <p>68. Emocionalmente exausto?</p>	<p>Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu-se...</p> <p>65. Dificuldade a adormecer?</p> <p>66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?</p>	<p>Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu-se...</p> <p>71. Triste?</p> <p>72. Falta de interesse por coisas quotidianas?</p>

Silva, 2011, Moncada, 2014

Apêndice II - Pedido de autorização para utilização do Instrumento de Recolha de Dados – COPSOQ

Exmo Sr. Prof. Doutor [REDACTED]

O meu nome é Maria Manuela Pinto Borges, Enfermeira da [REDACTED] há 21 anos, estando atualmente a exercer funções no [REDACTED]

Sou mestranda do 15º Curso de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica do Porto, e no âmbito da Unidade Curricular – “Estágio Final e Relatório”, encontro-me a desenvolver um estudo intitulado “Riscos Psicossociais e Saúde Laboral - Diagnóstico de Situação dos Profissionais numa Unidade de Saúde Pública”, sob orientação do Prof. Doutor Armando Almeida e da [REDACTED]

Durante a minha pesquisa bibliográfica constatei que o P [REDACTED] validou o questionário “Copenhagen Psychosocial Questionnaire” (COPSOQ) para a população portuguesa, e considerando que se enquadra no meu projeto, venho por este meio solicitar a sua autorização para a utilização do instrumento versão média, de modo a recolher a dados sobre a exposição dos trabalhadores de uma Unidade de Saúde Pública a fatores de risco para a saúde de natureza psicossocial.

Comprometo-me a que as respostas do questionário sejam anónimas e que seja garantida a confidencialidade. Os dados obtidos irão ser tratados estatisticamente, e perante as áreas de risco identificadas pretende-se definir um projeto de intervenção que leve a mudanças de organização laboral, e que estas alterações provoquem impacto na saúde dos trabalhadores.

Caso tenha interesse, comprometo-me a dar conhecimento dos resultados obtidos com a utilização do instrumento na população abrangida (profissionais da Unidade de Saúde Pública).

Fico a aguardar a sua resposta, subscrevendo-me com elevada estima e consideração.

6 de outubro de 2022

Maria Manuela Pinto Borges

De: Manuela Borges <[REDACTED]>
Enviada: 6 de outubro de 2022 13:19
Para: [REDACTED]
Assunto: Pedido de Autorização para utilização do instrumento COPSOQ.

Boa tarde.

Envio este mail para pedido de utilização do instrumento COPSOQ, que foi validado pelo Professor Doutor e pela sua restante equipa para a população Portuguesa. Segue em anexo o pedido.

Fico a aguardar uma resposta e encontro-me disponível para algum esclarecimento adicional.

Atentamente

Maria Manuela Pinto Borges

[← Reply](#) [→ Forward](#)

From: [REDACTED]
Sent: Thursday, October 6, 2022 14:28
To: Manuela Borge <[REDACTED]>
Subject: RE: Pedido de Autorização para utilização do instrumento COPSOQ.

Boa tarde

Poderá utilizar sem problema.

Se nos puder facultar os resultados no fim, será útil para nós.

Saudações cordiais

[REDACTED]

Apêndice III - Apresentação do Projeto à Equipa

RISCOS PSICOSSOCIAIS E SAÚDE DOS PROFISSIONAIS

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



M. Manuela Pinto Borges

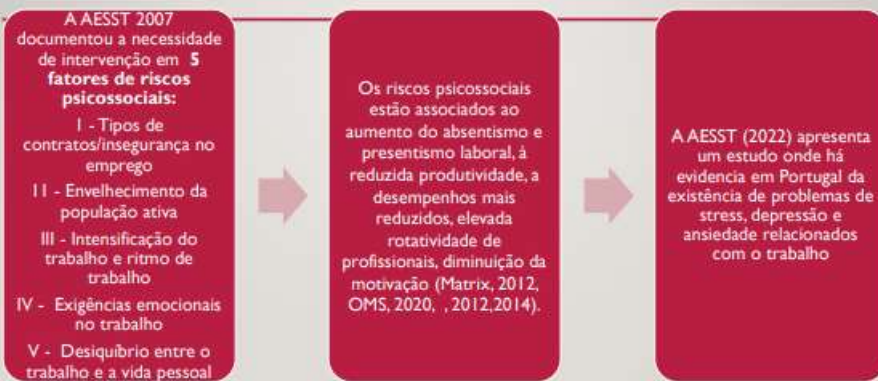
Orientação:

Armando Almeida, PhD |UCP (ICS e CIIS)

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Risco Psicossocial	Fatores de risco Psicossocial
É resultado psicológico, físico e social negativos (DANO) decorrente de uma conceção, organização e gestão desadequadas do trabalho – Ex., ansiedade, stress, burnout, défice cognitivo, alterações comportamentais e sociais (DGS 2021, Silva 2013).	São os agentes suscetíveis de provocar efeito adverso (dano) na saúde do trabalhador: '- Ex:- Deficiências na conceção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático (DGS 2021, Ahumada & Martínez, 2011; Portuné, 2012 citados por Rodrigues, 2020).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Definição do Problema

Natureza, conteúdo e carga de trabalho;
Condições, organização e tempo de trabalho;
Contextos sócio relacionais do trabalho;
Relação trabalho/vida familiar, social e cultural;
(DGS, 2018)



O ambiente organizacional interfere na saúde dos trabalhadores da USP [REDACTED]



PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Questão de Investigação

“Que fatores de riscos psicossociais interferem na Saúde dos Profissionais da USP de [REDACTED]”

Tipo de estudo - Estudo de índole quantitativo, observacional, transversal.

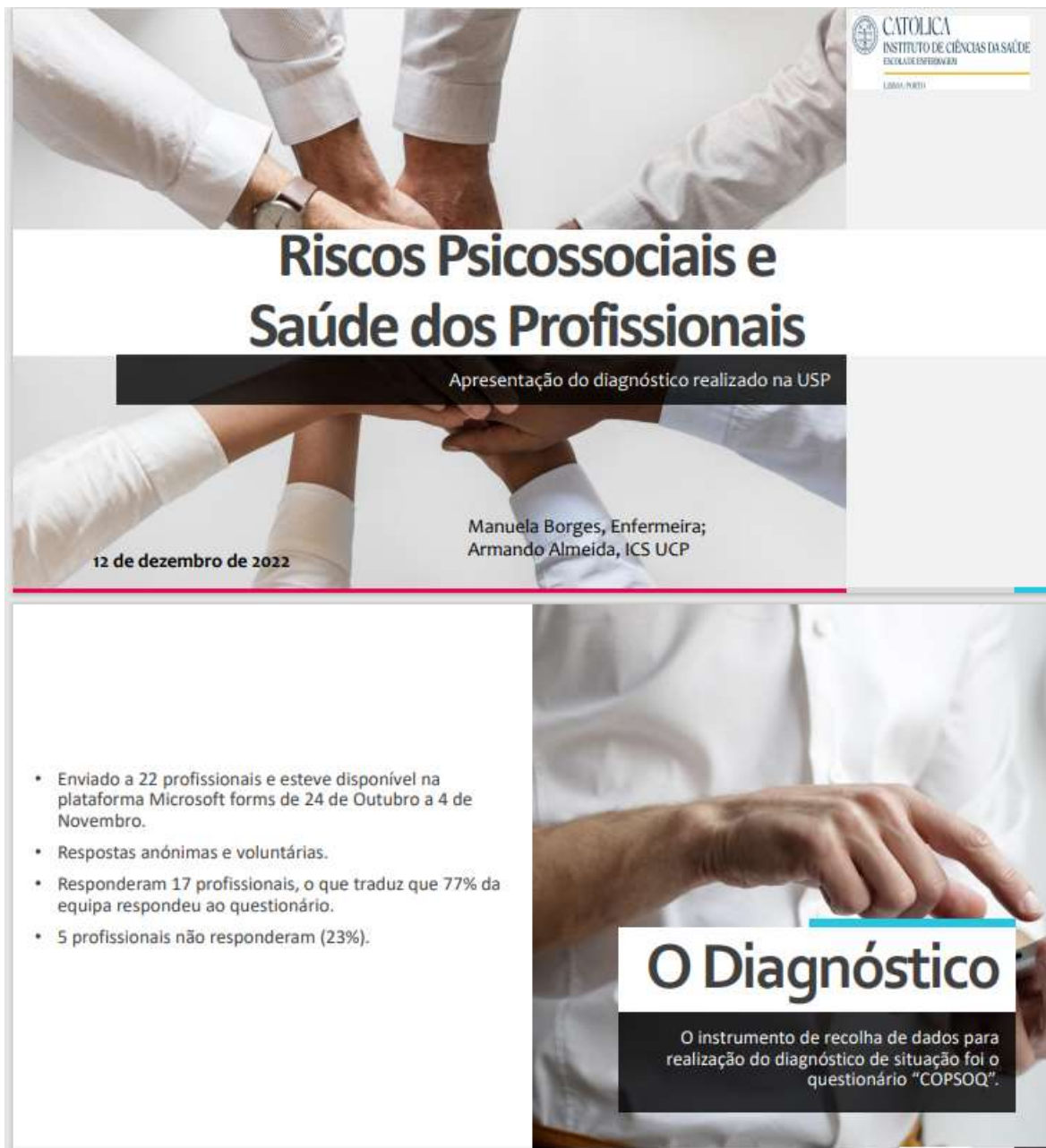
Objetivo Geral – Identificar os fatores de risco psicossocial que interferem na saúde dos Profissionais da Unidade de Saúde Pública.

População/ Critérios de Inclusão - Todos os Profissionais da [REDACTED]

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

- **Instrumento de Recolha de dados** – “*Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ II), versão média, validada para a população Portuguesa (Silva 2013). Já foi obtida autorização do autor no dia 06/10/2022.
- **Colheita de dados** - Utilização da plataforma Microsoft forms. Pretende-se iniciar a recolha de dados a partir de 24 de Outubro até 4 de Novembro.

Apêndice IV - Apresentação dos resultados obtidos com a aplicação do Instrumento COPSOQ



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCALA ENFERMEIROS
LIBERA-PORTI

Riscos Psicossociais e Saúde dos Profissionais

Apresentação do diagnóstico realizado na USP

Manuela Borges, Enfermeira;
Armando Almeida, ICS UCP

12 de dezembro de 2022

- Enviado a 22 profissionais e esteve disponível na plataforma Microsoft forms de 24 de Outubro a 4 de Novembro.
- Respostas anônimas e voluntárias.
- Responderam 17 profissionais, o que traduz que 77% da equipa respondeu ao questionário.
- 5 profissionais não responderam (23%).

O Diagnóstico

O instrumento de recolha de dados para realização do diagnóstico de situação foi o questionário "COPSOQ".

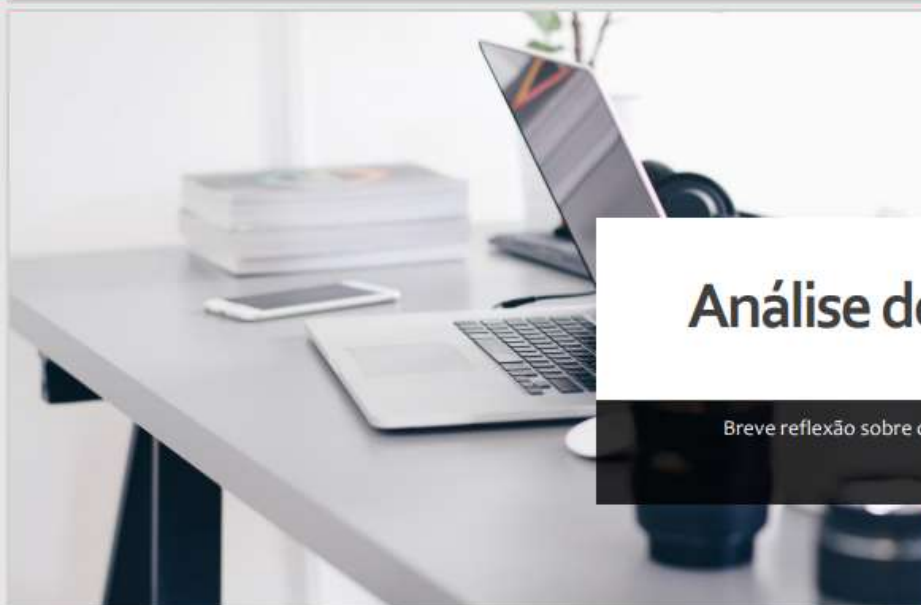


O Nosso Objetivo

Identificar riscos psicossociais que possam interferir na saúde dos profissionais da USP.

- Inicialmente foi realizada uma formação interna onde foram exploradas algumas questões relacionadas com os fatores de risco psicossociais que interferem na saúde dos profissionais.
- Com a realização da formação pretendeu-se obter uma taxa de adesão significativa para realização do diagnóstico da situação.

3

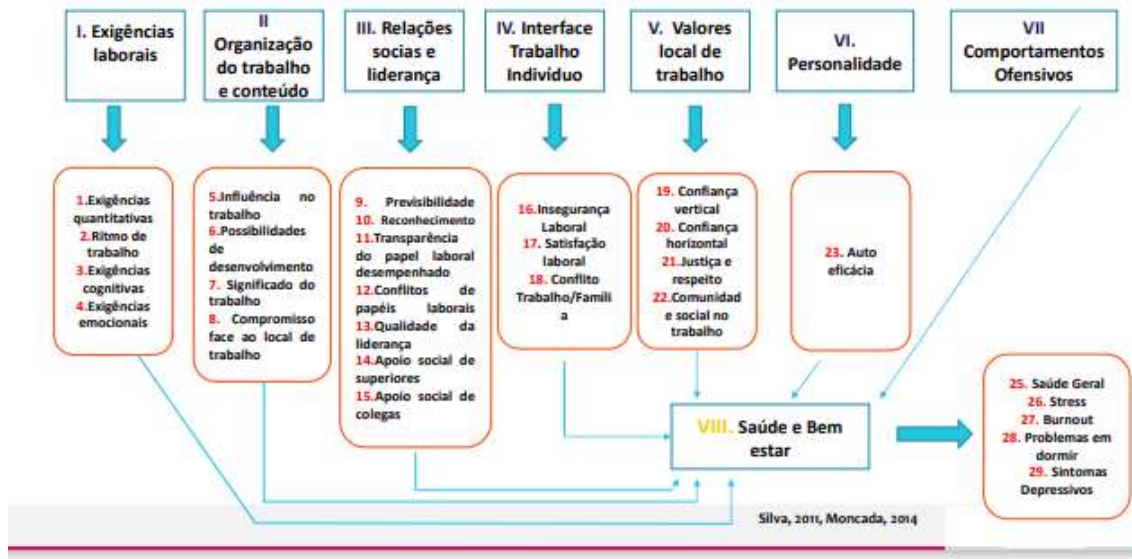


Análise dos dados

Breve reflexão sobre o instrumento utilizado.

4

As dimensões do instrumento de colheita de dados



Transparência do papel laboral desempenhado

- Resulta da definição dos objetivos e responsabilidades dos colaboradores, de modo a direcionar o trabalho para a consecução de resultados eficientes.

Conflitos de papéis laborais

- Divergências entre os colegas ou derivado de um dilema ético, quando as exigências impostas ao trabalhador entram em conflito com as suas normas e valores

Satisfação laboral

- É uma medida de qualidade do trabalho e está relacionada com a perceção que o trabalhador tem sobre as condições de trabalho e a aplicação das suas capacidades.

Conflito Trabalho/Família

- As exigências e obrigações do trabalho influenciam de forma negativa a vida familiar.

Confiança vertical

- Exprime-se pela confiança entre subordinados e chefia bem como na sua partilha de informações onde é expressado os diferentes pontos de vista.

Confiança horizontal

- Exprime-se pela confiança entre subordinados e chefia bem como na sua partilha de informações onde é expressado os diferentes pontos de vista.

Comunidade social no trabalho

- Relações sociais que se estabelece entre os profissionais.

Auto eficácia

- Confiança e/ou expectativa de que através do esforço pessoal é possível realizar com sucesso numa função específica.



Metodologia de Análise de Dados



Adicione um rodapé

9

Metodologia de Análise de Dados

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
<p>Exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências emocionais, conflitos laborais, confiança horizontal, insegurança laboral, saúde geral, conflito trabalho-família, problemas em dormir, burnout, stress, sintomas depressivos e comportamentos ofensivos.</p>	<p>Exigências cognitivas, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, previsibilidade, transparência do papel laboral, recompensas, apoio social de colegas, apoio social de superiores, comunidade social no trabalho, qualidade da liderança, confiança vertical, justiça e respeito, auto-eficácia, significado do trabalho, compromisso com o local de trabalho e satisfação no trabalho.</p>
<p>0-2,33 2,34-3,66 3,67-5</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>Situação favorável Intermédio Risco para a Saúde</p> <p>■ ■ ■</p>	<p>0-2,33 2,34-3,66 3,67-5</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>Risco para a Saúde Intermédio Situação favorável</p> <p>■ ■ ■</p>

10

Metodologia de Análise de Dados Exemplo

	O seu trabalho apre -	Sabe exatamente q -	Sabe exatamente o -	Transparência do pa -
2	2	3	3	2,66666667
3	3	4	4	3,66666667
4	3	4	3	3,33333333
5	1	3	3	2,33333333
6	3	5	5	4,33333333
7	4	4	4	4
8	2	3	3	2,66666667
9	3	3	3	3
10	3	4	3	3,33333333
11	4	3	3	3,33333333
12	4	5	4	4,33333333
13	3	4	3	3,33333333
14	3	3	3	3
15	1	2	3	2
16	4	4	4	4
17	4	5	5	4,66666667
18	1	3	3	2,33333333

Transparência do Papel Laboral - Fator de proteção
1 profissional em que a transparência do papel laboral pode interferir na sua saúde.
10 profissionais com risco intermédio.
6 profissionais sem risco.

Transparência do papel Laboral



11

Onde estamos bem...



12

Onde estamos bem...



33

Onde estamos em risco intermédio



34

Onde estamos em risco intermédio



35

Onde estamos em risco



36

A Priorização

1

Stress Ocupacional

Representa "uma interação das condições de trabalho com as características do trabalhador, em que as exigências do trabalho excedem a capacidade do trabalhador". (ACT, 2015)



2

Organização do trabalho

Engloba o conteúdo, o método e inter-relações entre diferentes cargos, de modo a satisfazer os requisitos organizacionais e tecnológicos, contudo é mais difícil de intervir, mas apresenta mais efeitos a longo prazo. (Borges, 2018)



3

Síndrome Burnout - Definida pela dimensão exaustão emocional, evidenciada por sentimentos de fadiga, esgotamento físico e emocional; pela despersonalização, em que o indivíduo se distancia das relações interpessoais; e pela dimensão baixa realização profissional, em que o profissional sente sentimentos negativos de si mesmo (Maslach, 2009).



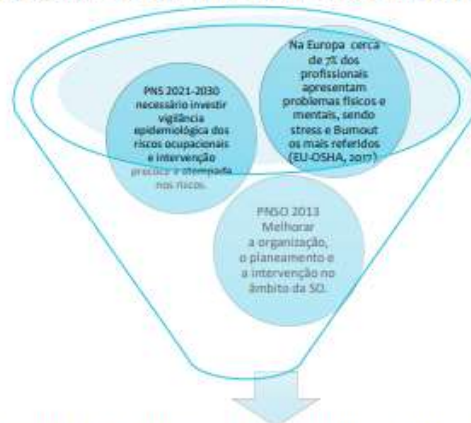
17



A intervenção para a USP... Sugestões

18

Implicações para a Saúde dos Profissionais da USP



Ambientes de trabalho mais saudáveis, e mais produtivos, onde envelhecer possa decorrer com saúde, pressupondo boas condições de trabalho e bem estar físico e mental dos trabalhadores (EU-OSHA, 2016)

19

Caixa dos Primeiros Socorros Emocionais

1. Quando for possível faça uma coisa de cada vez.
2. Preste toda a atenção no que está a fazer.
3. Quando a mente divagar, traga de volta.
4. Repita o 3 passo várias vezes.
5. Evite distrações.



Referências Bibliográficas

Borges, E., (2018) - *Enfermagem do Trabalho - Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção*, Lidel Enfermagem.

Direção Geral de Saúde - *Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2013*.

Direção Geral de Saúde (2021) - *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*.

Moncada, S; Llorens, C; Moreno, N; Molinero, E. (2014). Manual do método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la avaliação e prevenção de riscos psicossociais empresas- VERSIÓN MEDIA Barcelona: Instituto Sindical de Trabalho, Ambiente e Saúde.

Silva, C (2011) Copenhague Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) Versão Portuguesa.
Borges, E., (2018) - *Enfermagem do Trabalho - Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção*, Lidel Enfermagem.

