



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

**PREVENÇÃO E AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS
AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA
INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**PREVENTION AND ASSESSMENT OF PSYCHOSOCIAL RISKS
FOR FORMAL CAREGIVERS
COMMUNITY NURSING INTERVENTION**

Por:

Susana Manuela Barroso Gonçalves

Lisboa, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

**PREVENÇÃO E AVALIAÇÃO DOS RISCOS
PSICOSSOCIAIS DOS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA
INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**PREVENTION AND ASSESSMENT OF PSYCHOSOCIAL RISKS
FOR FORMAL CAREGIVERS
COMMUNITY NURSING INTERVENTION**

Por:

Susana Manuela Barroso Gonçalves

Sob orientação da Prof^ª Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2022

*“O trabalho está em todo o lado e o sofrimento também:
Só que há trabalhos estéreis e trabalhos fecundos, sofrimentos infames e sofrimentos
gloriosos”.*

Hughes Félicité Robert de Lamennais

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Doutora Elisa Garcia, pela disponibilidade e acompanhamento ao longo deste percurso.

À Enf.^a orientadora Vera Maximiano pelo apoio e orientação durante este tempo de estágio.

À equipa do local de estágio pelo acolhimento e integração neste projeto.

À Diretora da ERPI pela sua disponibilidade em colaborar e ajudar neste processo.

Às Ajudantes de Ação Direta da ERPI um obrigado especial pela forma como me receberam e colaboraram neste projeto, por vezes, com dispêndio de tempo de descanso para estarem presentes.

À minha família, por compreenderem a minha ausência durante este período académico.

Aos meus colegas de trabalho, pelo espírito de camaradagem e ajuda.

RESUMO

Com o aumento da esperança média de vida e o crescente envelhecimento demográfico, a institucionalização das pessoas idosas representa uma evidente problemática para a saúde pública. Os cuidadores formais ou ajudantes de ação direta, são os profissionais responsáveis pelo cuidar nestas instituições. O trabalho destes profissionais é bastante exaustivo, requerendo bastantes exigências tanto a nível físico como psicológico. Considera-se pertinente avaliar os riscos psicossociais, uma vez que são estes os profissionais que cuidam das pessoas idosas de forma a aumentar a sua satisfação profissional no intuito de melhorar a sua saúde e relação com o trabalho, aumentando desta forma a qualidade dos cuidados prestados. A identificação precoce e o tratamento adequado dos riscos psicossociais no trabalho devem ser uma estratégia urgente, dos serviços de saúde pública, de forma a melhorar a saúde dos trabalhadores.

O projeto de intervenção comunitária (RPAP) decorreu numa Unidade de Saúde Pública e teve como finalidade prevenir e avaliar os riscos psicossociais das ajudantes de ação direta de uma estrutura residencial para pessoas idosas. Para a execução deste projeto foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde de Tavares (1990), percorrendo as várias etapas que o caracterizam. O Modelo da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, foi a linha orientadora e de suporte deste projeto. O diagnóstico de situação permitiu chegar aos diagnósticos de enfermagem, através de uma metodologia quantitativa com a aplicação *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II*, Versão média. Os dados foram sujeitos a análise estatística através do *software* informático IBM SPSS *Statistics* 22. Após análise dos resultados fez-se a priorização dos diagnósticos, foram definidos objetivos e selecionadas as estratégias adequadas. Os resultados da avaliação deste projeto, levam-nos à reflexão sobre a importância da continuidade e monitorização de programas de prevenção e avaliação dos riscos psicossociais nas instituições

Palavras-chave: riscos psicossociais no trabalho; cuidadores formais; enfermagem comunitária

ABSTRACT

With the increase in the average life expectancy and the growing demographic aging, the institutionalization of the elderly represents a clear problem for public health. Formal caregivers, or direct action helpers, are the professionals responsible for caring in these institutions. The work of these professionals is quite exhausting, requiring many physical and psychological demands. It is important to assess psychosocial risks, since these are the professionals who care for the elderly in order to increase their job satisfaction and improve their health and work relationship, thus increasing the quality of care. The early identification and adequate treatment of psychosocial risks at work should be an urgent strategy of public health services in order to improve the health of workers.

The community intervention project (RPAP) was carried out in a Public Health Unit and aimed to prevent and assess the psychosocial risks of the direct action helpers of a residential structure for the elderly. The health planning methodology of Tavares (1990) was used to carry out this project, following the various steps that characterize it. Betty Neuman's Systems Theory Model was the guideline and support for this project. The situation diagnosis led to the nursing diagnoses through a quantitative methodology with the application of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSQ II, Medium Version. Data were statistically analyzed using the IBM SPSS Statistics 22 software. After results analysis, diagnoses were prioritized, objectives were defined, and adequate strategies were selected. The results of the evaluation of this project lead us to reflect on the importance of continuing and monitoring programs for the prevention and evaluation of psychosocial risks in institutions

Keywords: psychosocial risks at work; formal caregivers; community health nursing;

ABREVIATURAS

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

AAD- Ajudantes de Ação Direta

AESST- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

APA- *American Psychological Association*

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COPSOQ II- *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*

DGS- Direção-Geral de Saúde

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GEP-MSESS- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

MTSS- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OE- Ordem dos Enfermeiros

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAPI- Plano Apoio Psicossocial aos Profissionais das Instituições

PS- Planeamento em Saúde

RCEEEECSP- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SST- Sistemas de Segurança e Saúde no Trabalho

USP– Unidade de Saúde Pública

RPAP - Riscos psicossociais avaliação e prevenção

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO	19
1.1. Envelhecimento populacional e a sua institucionalização como problema de saúde pública	19
1.1.1- Ajudantes de Ação Direta como principais cuidadores das ERPIs	22
1.2. Riscos psicossociais.....	23
1.2.1. Causas dos riscos psicossociais	24
1.2.2. Efeito dos riscos psicossociais para a saúde.....	25
1.3. A importância da enfermagem na prevenção e avaliação dos riscos psicossociais ..	26
2 - MODELO TEORIA GERAL DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.....	29
3 - METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	33
3.1. Diagnóstico de situação	33
3.1.1. População alvo e amostra	34
3.1.2 Instrumento de recolha de informação	34
3.1.3 Resultados.....	36
3.1.3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra.....	36
3.1.3.2 Análise da informação dos resultados do questionário	37
3.2. Problemas identificados.....	51
3.3. Definição de prioridades.....	53
3.4. Fixação de objetivos	55
3.5. Seleção de estratégias	56
3.6. Preparação operacional.....	57
3.7. Avaliação	59
3.8. Contributos para a prática.....	61
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência das variáveis sociodemográficas.....	36
Tabela 2 - Coeficiente do Alfa de Cronbach (α), médias e desvios-padrão das subescalas da versão média do COPSOQ da amostra deste projeto, da média nacional e do setor da saúde, do autor, na versão Portuguesa	39

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem	53
Quadro 2 - Grelha de análise para determinação de prioridades.....	55
Quadro 3 - Objetivo 1	58
Quadro 4 - Objetivo 2	58
Quadro 5 - Objetivo 3	58
Quadro 6 - Objetivo 4	58
Quadro 7 - Objetivo 5	59
Quadro 8 - Objetivo 6	59
Quadro 9 - Indicadores das atividades do primeiro objetivo específico	60
Quadro 10 - Indicadores das atividades do segundo objetivo específico.....	60
Quadro 11 - Indicadores das atividades do terceiro objetivo específico.....	60
Quadro 12 - Indicadores das atividades do quarto objetivo específico.....	60
Quadro 13 - Indicadores das atividades do quinto objetivo específico.....	61
Quadro 14 - Artigos selecionados para a revisão.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Teoria Geral dos Sistemas de Betty Neuman.....	30
Figura 2 - Percentagem representada em modelo tricolor.....	41

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Revisão da literatura.....	75
Apêndice 2 - Pedido de autorização à Instituição.....	85
Apêndice 3 - Caracterização Sociodemográfica.....	87
Apêndice 4 - Pedido de autorização para utilização do questionário.....	89
Apêndice 5 - Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
Apêndice 6 - Resultados do Instrumento de recolha de dados.....	93
Apêndice 7 - Plano da sessão de educação para a saúde sobre comunicação.....	95
Apêndice 8 - Apresentação PPT sobre comunicação.....	97
Apêndice 9 - Questionário de satisfação da sessão educativa.....	103
Apêndice 10 - Plano da sessão de educação para a saúde sobre riscos psicossociais.....	105
Apêndice 11 - Sessão de educação para a saúde sobre riscos psicossociais (PPT).....	107
Apêndice 12 - Flyer de divulgação das sessões de meditação.....	115
Apêndice 13 - Sessão de comunicação dos resultados obtidos.....	117
Apêndice 14 - Proposta de Reavaliação do projeto.....	123

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II</i> . Versão média..	127
Anexo 2 - Questões cortadas do Questionário.....	133

INTRODUÇÃO

O número de pessoas idosas aumenta diariamente de forma considerável em todo o mundo e Portugal não é exceção. Estudos recentes indicam que o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará a curto prazo, pelo que o envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

Tal como tem acontecido em outros países da Europa, Portugal tem vindo a mostrar grandes alterações demográficas associadas especialmente ao aumento da longa duração de vida e da população idosa.

A longevidade, juntamente com a redução da mortalidade e da natalidade, faz com que o país ocupe uma das posições com maior número de idosos por cada 100 jovens (Marques, 2020).

Embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto notável, a qualidade de vida desses anos, apresenta ainda um potencial para melhorar. Considerando o conceito de Envelhecimento Ativo proposto em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (*World Health Organization*, 2002), esta melhoria dependerá muito do empenho de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, participação e segurança, e da sociedade como um todo, para que sejam garantidas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017).

O progresso das ciências médicas, bem como a melhoria das condições socioeconómicas, levam a um aumento do tempo de esperança média de vida. Segundo dados do INE [Instituto Nacional de Estatística] (2021), a esperança média de vida para os homens é de 78 anos e para as mulheres é de 83 anos. Face a este aumento, há uma preocupação constante por parte da sociedade da capacidade de resposta para acolher e cuidar das pessoas idosas.

Antigamente as famílias eram os principais cuidadores dos idosos. Atualmente, devido às grandes transformações das dinâmicas familiares, o suporte familiar é cada vez mais escasso. Essa indisponibilidade das famílias em acompanhar os mais dependentes leva cada vez mais à sua institucionalização.

De acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (GEP-MSESS, 2016), em Portugal existe um número elevado de instituições para acolher os idosos designadas por Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI), mas com tendência para aumentar devido ao envelhecimento constante da população e às necessidades crescentes reveladas por uma taxa de ocupação a rondar os 100%.

As ERPIs são estruturas pluridisciplinares, onde os principais intervenientes no processo do cuidar são os ajudantes de ação direta, vulgarmente designados por “ajudantes de lar” ou “cuidadores formais”. Estes profissionais, pelo contexto onde estão inseridos e pelo grau de dependência das pessoas que cuidam, sofrem diariamente um desgaste mental, físico e emocional. O saber e o querer cuidar das pessoas idosas é um campo emergente de intervenção.

Segundo a OMS, o conceito de saúde é *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (Organização Mundial de Saúde, 2010).

Neste contexto, os auxiliares de ação direta, por todas as dificuldades que o processo de envelhecimento acarreta, merecem uma atenção especial e um olhar peculiar na valorização, de forma a conseguir esse bem-estar nas suas várias vertentes.

A pandemia da COVID-19 veio exacerbar ainda mais esse desgaste. Estes profissionais eram os únicos que podiam contactar com os utentes, muitas vezes fazendo turnos seguidos para diminuir o risco de propagação da infeção no interior das instituições.

O local de trabalho está a ser cada vez mais usado como um espaço para a promoção da saúde, não só para evitar doenças e acidentes de trabalho, mas também para diagnosticar e melhorar a saúde das pessoas em geral (OMS, 2010).

Com o constante e gradual reconhecimento das relações entre as condições de trabalho e a saúde, a enfermagem deverá contribuir de modo efetivo, através da avaliação, monitorização e intervenções preventivas, visando a melhoria da saúde dos trabalhadores.

Este projeto de intervenção comunitária, com o nome riscos psicossociais avaliação e prevenção (RPAP) emergiu das necessidades expressas e sentidas pelos profissionais de saúde, relatadas pelas direções técnicas das ERPIs. Teve como base a metodologia do planeamento em saúde, bem como o suporte do Modelo da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. Teve como foco de intervenção os ajudantes de ação direta

de uma ERPI, tendo como objetivo a avaliação e prevenção dos riscos psicossociais destes trabalhadores.

O relatório tem como objetivo expor as atividades realizadas, de forma a permitir uma reflexão crítica do desempenho e competências adquiridas. Encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta um enquadramento teórico relativo ao tema, sendo este subdividido em vários subcapítulos. No segundo capítulo é abordado e dado a conhecer o Modelo da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. No terceiro capítulo é apresentado o projeto desenvolvido através da metodologia de planeamento em saúde baseado em Tavares (1990), o qual se encontra subdividido pelas várias etapas presentes no planeamento, terminando com os desafios e contributos para a prática clínica. O quarto capítulo, por sua vez, aborda uma reflexão acerca das competências adquiridas. Por último, surgem as considerações finais como uma reflexão do trabalho desenvolvido.

De forma a dar uma maior ênfase ao enquadramento, foi realizada uma revisão integrativa com algumas palavras-chave que se apresenta em apêndice (Apêndice 1).

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Os riscos psicossociais e o stress relacionado com o trabalho são das questões que maiores desafios apresentam em matéria de segurança e saúde no trabalho. Têm um impacto significativo na saúde de pessoas, organizações e economias nacionais (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST], 2020).

De acordo com a AESST (2020), os riscos psicossociais decorrem de deficiências na conceção, organização e gestão do trabalho, bem como de um contexto social de trabalho problemático, podendo ter efeitos negativos a nível psicológico, físico e social, tais como, stress relacionado com o trabalho, exaustão ou depressão.

1.1. Envelhecimento populacional e a sua institucionalização como problema de saúde pública

Um dos grandes problemas da sociedade contemporânea é o envelhecimento da população, concebendo desafios em todas as áreas sociais e exigindo a participação de todos enquanto comunidade. Segundo o INE (2017), o número de idosos aumenta diariamente e de forma considerável em todo o mundo. Em Portugal, até 2080 o número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões e o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 2,8 milhões. O índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens em 2080, como resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. A população em idade ativa diminuirá de 6,7 milhões para 3,8 milhões. Deste modo, o índice de sustentabilidade (quociente entre o número de pessoas com idades entre os 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 e mais anos) irá diminuir, passando de 315 para 137 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos entre 2015 e 2080 (INE, 2017).

Em 2019, as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos representavam 22,1% de toda a população portuguesa. Portugal é considerado o quarto país com mais idosos no mundo, com uma taxa de envelhecimento que cresceu exponencialmente nas últimas décadas (Observatório Nacional Contra a Pobreza, 2020). De acordo com dados recentes disponibilizados pelo *Pordata* (2021), a percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos tem vindo a aumentar significativamente nas últimas

décadas. Em 1971, a percentagem deste grupo etário era de 9,7%, com uma subida constante até aos 22% em 2020.

A percentagem de idosos é ainda maior em municípios no interior do país, onde a sua taxa ultrapassa um terço da população (INE, 2020). Ainda de acordo com os dados do INE, entre 2018 e 2080, tendo em conta o cenário atual, Portugal perderá população dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas; o número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões; o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões. A região mais envelhecida em 2080 será a Região Autónoma da Madeira, com este índice a atingir os 429 idosos por cada 100 jovens e a região menos envelhecida será o Algarve, com um índice de 204 (INE, 2020). Segundo estas projeções, o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar em Portugal por volta de 2050.

O aumento da percentagem de idosos pode ser explicado pelo aumento da longevidade, um padrão que é evidente há várias décadas, à medida que a esperança de vida aumenta. Esta evolução é muitas vezes referida como “envelhecimento no topo” da pirâmide populacional. Por outro lado, os níveis consistentemente baixos de fertilidade durante muitos anos contribuíram para o envelhecimento da população, com a diminuição da natalidade a ocasionar um declínio na proporção de jovens na população total. Prevê-se que a percentagem das pessoas com 80 anos de idade ou mais, aumente duas vezes e meia entre 2019 e 2100, de 5,8 % para 14,6 % (Eurostat, 2020).

O declínio do processo de envelhecimento e as necessidades que o mesmo acarreta, dificultam a organização familiar. O aumento do grau de dependência da pessoa idosa, consequência do declínio físico ou mental, bem como a dinâmica familiar, são fatores que contribuem para a sua institucionalização (Lini et al., 2016).

Devido a estas dificuldades familiares, segundo a Segurança Social (2007, p.1) *“Há um número considerável de pessoas idosas que não encontra uma resposta social adequada. Na ausência de resposta no seu meio natural de vida – o familiar – a pessoa idosa necessita de especiais empenho e competência das respostas sociais...”*

Na sociedade atual, as instituições que acolhem os idosos designam-se por Estruturas Residências para pessoas idosas (ERPI). Segundo o artigo 1º, Portaria nº 67 / 2012 de 21 de março, as ERPis definem-se por *“estabelecimentos para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”*. Ainda segundo o mesmo documento, no artigo 3º, têm como objetivo, *“proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;*

contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo e potencializar a interação social". As ERPIs caracterizam-se por entidades não lucrativas, como é o caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), integradas na economia social e por entidades lucrativas, designadas por instituições privadas.

O manual da segurança Social das ERPIS refere que:

"A Estrutura Residencial constitui-se como uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, num contexto de "residência assistida", para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado." (Segurança Social, 2007, p.2).

De acordo com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS] (2019), no ano de 2018 existiam, em Portugal, 2700 ERPIs com capacidade de alojamento para 100.000 idosos, o que corresponde a 4,5% do nº total de idosos em Portugal. Esta percentagem de idosos institucionalizados nestas residências tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo originada fundamentalmente pelas dinâmicas populacionais e familiares que se têm observado na sociedade portuguesa.

As ERPIs consistem em edifícios únicos, de dimensões grandes, onde as atividades diárias, desde as básicas (como a alimentação) até às ocupacionais, decorrem de forma muito próxima e massificada (Pimentel et al., 2021).

Em Portugal, as ERPIs passam por várias dificuldades, as quais são bem conhecidas, tais como: a lotação (por vezes atingindo a sua capacidade máxima); a falta de pessoal técnico especializado e de modelos de gestão eficazes; e idosos que apresentam bastantes vulnerabilidades e dependência. Além disso, estas instituições também atravessam dificuldades financeiras, subsistindo com dificuldades (Pimentel et al., 2021).

1.1.1. Ajudantes de Ação Direta como principais cuidadores das ERPIs

Devido a todas as mudanças que o envelhecimento acarreta e a institucionalização dos idosos, existe uma necessidade emergente de existência de pessoas com a responsabilidade de cuidados, designados por Ajudantes de Ação Direta (AAD). O Decreto de Lei 414/99 de 15 de outubro refere que o AAD tem como função trabalhar diretamente com idosos, tanto a nível individual como em grupo, tendo como objetivo o seu bem-estar. Assim, as suas tarefas consistem em: receber os utentes e ajudá-los na sua integração; assegurar a alimentação; auxiliar na mobilidade; prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes; tratar das roupas de cama e do vestuário; e prestar acompanhamento diurno e noturno aos utentes, dentro e fora das instalações (e.g., nas deslocações a consultas médicas) (Decreto de Lei 414/99). Como se pode constatar, são várias as tarefas que estes profissionais executam no seu dia a dia de trabalho.

Reforçando este decreto, Barbosa (2017) refere que o tempo de trabalho com o número de idosos sob a responsabilidade de cada cuidador é bastante elevado, sendo inclusive superior ao previsto pelo regulamento. A sobrecarga de trabalho caracterizada pela falta de tempo para a execução de todas as tarefas e falta de recursos humanos têm um impacto negativo no cansaço físico e psicológico do cuidador (Barbosa et al., 2017).

Analisando o estudo de Diniz et al. (2018), que teve como objetivo analisar as condições de saúde e a sobrecarga de cuidadores formais e informais de idosos, os resultados mostraram que os dois grupos de participantes do estudo apresentaram níveis de desconforto emocional, sobrecarga, sentimentos de tristeza e má qualidade de sono. Também no estudo de Carvalho (2020) foram identificados níveis moderadamente altos de *burnout* em cuidadores formais de idosos. Na perspetiva deste autor, existem poucos estudos sobre fatores individuais e contextuais relacionados a níveis maiores de qualidade de vida e de satisfação com o trabalho, assim como, a menores níveis de *burnout* nos cuidadores formais (Carvalho, 2020).

Segundo os resultados obtidos por Kalanlar e Alici (2019), a sobrecarga dos cuidadores formais afeta a sua qualidade de vida profissional. Assim, a carga de trabalho deste grupo profissional deve ser avaliada regularmente e devem ser feitos esforços para reduzi-la, de forma a melhorar a qualidade de vida profissional. Ainda num estudo realizado por Gil (2020), que teve como objetivo avaliar as condições de trabalho de Auxiliares de Ação Direta em ERPIs em Portugal, os resultados mostraram

que a sobrecarga laboral, as más condições de trabalho associadas à falta de formação e à excessiva rotatividade dos recursos humanos, têm consequências nefastas na qualidade dos cuidados que esses profissionais prestam, mas também na sua saúde física, mental e no emprego.

Desta forma, surge a necessidade de definir políticas e estratégias nacionais que invistam na profissionalização dos cuidadores, o que poderá contribuir para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores formais e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados (Eurofound, 2020).

1.2. Riscos Psicossociais

Várias são as teorias que definem riscos psicossociais no trabalho, sendo que algumas destas centram-se mais na organização do trabalho, enquanto outras destacam os aspetos sociais e económicos, como por exemplo o estatuto e a remuneração (Costa & Santos, 2013).

Segundo a OIT [Organização Internacional do Trabalho] (1986), os riscos psicossociais no trabalho dizem respeito às interações do ambiente de trabalho, ao conteúdo, natureza e condições de trabalho, assim como às capacidades, necessidades, hábitos, culturas e condições de vida dos trabalhadores fora do ambiente de trabalho, os quais podem ter influência na saúde, rendimento e satisfação no trabalho.

Os riscos psicossociais são considerados como riscos para a saúde psicológica dos trabalhadores, provocados pelas alterações que ocorrem diretamente relacionadas com a organização do trabalho, com o tipo de tarefa a executar e com o ambiente social vivenciado no local de trabalho (Gollac & Bodier, 2011).

Gil-Monte (2012), no seu artigo sobre os riscos psicossociais no trabalho e saúde ocupacional, também refere que os cuidadores são uma das categorias profissionais mais expostas a fatores de riscos psicossociais, quer pela tipologia de trabalho, quer pelo elevado desgaste físico e psicológico, resultante da realização de tarefas repetitivas e de curta duração. Deste modo, apresentam uma grande probabilidade de desenvolverem sintomatologia psicossomática superior ao que é normal, como por exemplo, perturbações do sono, cansaço ou cefaleias, entre outras. Na mesma linha de pensamento, Gil-Monte (2021) refere ainda que, os riscos psicossociais podem promover ou prejudicar a atividade laboral e a qualidade de vida dos trabalhadores.

Quando estes fatores são positivos beneficiam o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores, no entanto, quando são negativos, afetam o trabalhador.

Para Neto et al. (2014), os fatores de risco psicossociais dizem respeito à possibilidade de surgirem impactos nocivos a nível de saúde mental, física e social, resultantes de fatores associados às condições de emprego, à organização e aos relacionamentos, que podem influenciar o funcionamento mental e bem-estar psicossocial do trabalhador.

1.2.1. Causas dos riscos psicossociais

As causas dos riscos psicossociais são várias e podem incluir: o conteúdo do trabalho, como por exemplo, exigências contraditórias, falta de clareza nos papéis, falta de oportunidades de formação e de desenvolvimento e falta de acompanhamento sobre a forma como o trabalho é executado; a organização e gestão do trabalho, como por exemplo, carga de trabalho excessiva, intensidade do trabalho, falta de envolvimento dos trabalhadores no que concerne à tomada de decisões que o afetam, mudanças organizacionais mal geridas, comunicação inadequada e ineficaz, falta de equilíbrio entre trabalho e família; o contexto social do trabalho, como por exemplo, a falta de apoio por parte de colegas e chefias, assédio, violência por parte de terceiros e insegurança no trabalho (Franklin & Gkiouleka, 2021).

Gollac e Bodier (2011), por sua vez, dividem os fatores de riscos psicossociais em seis categorias, a saber:

1) Intensidade do trabalho e o tempo de trabalho: dizem respeito a modificações que ocorrem no ritmo de trabalho, objetivos impossíveis de serem concretizados, responsabilidades, instruções incoerentes, o trabalho por turnos e conciliação trabalho / pós trabalho.

2) Exigências emocionais: dizem respeito a experiências de sofrimento, à dificuldade em gerir emoções, as quais podem originar acidentes e violência.

3) Autonomia: referente às tarefas a executar, à antecipação e previsibilidade no trabalho, à monotonia e ao aumento de competências e satisfação no trabalho.

4) Relações sociais: englobam a integração na equipa de trabalho, as relações estabelecidas com os colegas e superiores hierárquicos, a cooperação e suporte social e profissional por parte das chefias, o reconhecimento e a valorização do trabalho, o salário, as perspetivas de carreira, a adequação da tarefa e a avaliação geral do trabalho.

5) Conflitos de valores: associam-se a questões de caráter ético.

6) Insegurança no trabalho: dizem respeito a situações relacionadas com o medo de ficar desempregado, a remunerações inadequadas, à inconstância na carreira e a mudanças frequentes, as quais provocam necessariamente uma falta de segurança no local de trabalho (Gollac & Bodier, 2011).

1.2.2. Efeito dos riscos psicossociais para a saúde

A literatura mostra que os riscos psicossociais podem ter muitos riscos para os trabalhadores. De acordo com Fernandes e Pereira (2015), a exposição dos trabalhadores a ambientes psicossociais deficitários, pode influenciar negativamente não apenas a saúde mental e física dos mesmos, como também o ambiente geral de trabalho e qualidade do tempo de lazer e de descanso.

Entre as consequências destes riscos, os estudos destacam: as doenças cardiovasculares (Santos et al., 2021); as doenças musculoesqueléticas (Silva et al., 2017); o *burnout* (Carlotto & Câmara, 2017); a insatisfação no trabalho com impacto negativo na qualidade de vida (Rivera-Rojas et al., 2021); o *turnover* (Ntow et al., 2020); e a falta de motivação (Prada-Ospina, 2019).

De acordo com os dados do *Eurofound* (2011), os riscos psicossociais no trabalho são cada vez mais emergentes, sendo os mais frequentes os seguintes: stress (62%), intimidação e abuso (37%) e excesso de trabalho (29%).

A nível nacional, os dados de uma sondagem realizada em 2013 revelaram que 6 em cada 10 trabalhadores consideram que os casos de stress no local de trabalho são muito frequentes, ocupando assim o terceiro lugar no *ranking* europeu. A percentagem de trabalhadores que reportam que o stress relacionado com o trabalho é "muito comum" (28%) é quase o dobro da média europeia (16%) (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2013 *cit in* Tembe et al., 2020).

Num estudo realizado por Asant et al. (2019) com 873 trabalhadores da área da saúde e no qual foi utilizado o instrumento *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), foi verificado que 74,6% dos participantes apresentaram má qualidade de vida.

O aumento da carga de trabalho e a redução dos períodos de repouso podem também suscitar a preocupação de outros grupos profissionais envolvidos na produção de bens essenciais, na entrega e transporte, ou na proteção e segurança da população.

Geralmente, uma carga de trabalho pesada e a redução dos períodos de repouso podem aumentar o nível de fadiga e stress, e ter um impacto negativo no equilíbrio da vida profissional, com consequências nefastas para a sua saúde mental. A fadiga e o stress podem também aumentar o risco de acidentes de trabalho e lesões (OIT, 2020).

1.3. A importância da enfermagem na prevenção e avaliação dos riscos psicossociais

Fazendo referência ao nº 1 do Artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] (Decreto - Lei n.º 161/96), a Enfermagem define-se como:

“(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Também o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [RCEEEECSP] tem reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários na promoção da saúde, enfatizando a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Assim, uma das múltiplas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de saúde Pública é a contribuição ativa para o processo de capacitação de grupos e comunidades, *"empowerment"* da comunidade (Regulamento n.º 135/2018, 2018).

A Saúde Ocupacional é um direito consagrado na Lei de Bases da Saúde:

“Todos os trabalhadores têm o direito de beneficiarem de medidas que lhes permitam proteger a saúde no âmbito da sua vida profissional e devem ser levados em conta, em especial, os riscos psicossociais dos trabalhadores particularmente vulneráveis, tais como trabalhadoras grávidas, puérperas e lactantes, trabalhadores menores e titulares de uma relação”.

O relatório elaborado pela OIT (2021) refere que os países devem implementar sistemas de segurança e saúde no trabalho (SST) sólidos e resilientes, que minimizem os riscos no mundo do trabalho, projetados para emergências futuras de saúde,

preconizando investimentos na resposta à crise, com o intuito primordial de proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores.

A AESST elaborou orientações sobre a forma como fazer face aos riscos no local de trabalho, nomeadamente entre outros menciona essencial, que a entidade patronal ensine a reconhecer comportamentos de risco e de ameaça à saúde dos trabalhadores e proporcione formação para impedir que se intensifiquem (OIT, 2020).

A Enfermagem do Trabalho alienada à Saúde Ocupacional, vulgarmente designada por Saúde no Trabalho, tem um papel primordial na monitorização da saúde e prevenção dos riscos profissionais, bem como na promoção da saúde do trabalhador, apresentando como estratégia a identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho e/ou deles emergentes, de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho (DGS [Direção-Geral de Saúde], 2018).

De forma a assegurar elevados níveis de saúde e bem-estar dos trabalhadores, é necessário a prevenção dos riscos psicossociais de forma a conciliar o trabalho com a vida familiar e potenciar o equilíbrio emocional, a robustez psíquica, a capacitação para o desempenho e a qualidade de vida no trabalho (DGS, 2021). Também indo ao encontro, Costa (2015) refere que os riscos psicossociais a que os cuidadores estão submetidos deverão ser avaliados por profissionais especializados, através da adoção de modelos de gestão e integração da Saúde e Segurança do Trabalho na estrutura das organizações, de diagnóstico e controlo das novas fontes de risco, de informação e comunicação eficazes, que privilegiam a formação e a sensibilização dos trabalhadores (Costa, 2015).

Rogers (2011) defende que a prática de Enfermagem do Trabalho está intimamente ligada à Enfermagem Comunitária, utilizando conhecimentos que provêm, principalmente, da enfermagem, ergonomia, saúde pública, saúde no trabalho e das ciências sociais e do comportamento. Na mesma linha de pensamento, Carvalho (2001) defende que a Enfermagem do Trabalho é um ramo da Enfermagem de Saúde Pública, dado que utiliza os mesmos métodos e técnicas, apontando para a promoção da saúde do trabalhador; proteção contra os riscos decorrentes das suas atividades laborais; manutenção da sua saúde e bem-estar, e recuperação de lesões, doenças ocupacionais ou não ocupacionais; e a sua reabilitação para o trabalho. Oliveira e André (2010) acrescentam que é responsabilidade do enfermeiro de saúde comunitária avaliar quais são as lacunas de determinada comunidade de trabalhadores, planear as suas ações de

forma a suprir a falta de informação e melhorar as condições de saúde e trabalho dos trabalhadores. Gil-Monte (2012) refere ainda, que os riscos psicossociais no trabalho e as suas consequências, incluído o stress, representam um custo elevado e significativo, podendo até ser encarado como um problema de Saúde Pública.

Segundo o Guia Técnico (DGS, 2021:47):

“Existem diversas metodologias que poderão ser utilizadas para se proceder à identificação e avaliação dos fatores de risco psicossocial. A metodologia mais comum recorre à utilização de questionários dirigidos aos trabalhadores de forma anónima, com a finalidade de avaliar a sua perceção quanto aos fatores de risco psicossocial a que estão expostos e aos efeitos adversos que os mesmos ocasionam na sua saúde.”

A DGS refere três questionários que suportam a avaliação destes riscos:

1) *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ II) – versão original de Kristensen et al. (2005) e a versão portuguesa de Silva (2006);

2) *Job Content Questionnaire* – versão original de Karasek (ano) e versão portuguesa de Villas-Boas e Cerqueira (2017);

3) *Work Design Questionnaire* – versão original de Morgeson e Humphrey (2008) e versão portuguesa de Proença (2015);

4) O *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* – COPSOQ desenvolvido no *Danish National Institute of Occupational Health* (NIOH) e validado por Kristensen, et al. (2005).

Em Portugal, o COPSOQ foi adaptado, validado e aferido por Silva et al. (2006), após a autorização e cedência de materiais pelos autores da versão original. Vários estudos em Portugal utilizaram este questionário para avaliar os riscos psicossociais em profissionais de várias áreas. Como exemplo refere-se: o estudo de Faria et al. (2020), que teve como objetivo avaliar os riscos psicossociais a que estão expostos os trabalhadores numa empresa de cablagem; o estudo de Batista (2019), que teve como finalidade avaliar os efeitos psicossociais do trabalho dos enfermeiros no norte alentejano; e o estudo de Borges (2018), que teve como objetivo avaliar os fatores de riscos psicossociais em docentes do ensino superior.

2. MODELO TEORIA GERAL DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O referencial teórico escolhido de suporte ao desenvolvimento do projeto foi o Modelo Teoria Geral dos Sistemas de Betty Neuman, desenvolvido em 1970.

Os dois principais componentes são o stress e a reação ao stress (George, 2000, p.226). O stress é “*a resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito*” (Tomey & Alligood, 2004 p.337). Resulta de estímulos produtores de tensão positiva ou negativa (stressores) e aumenta a necessidade de reajustamento, que requer a adaptação ao problema.

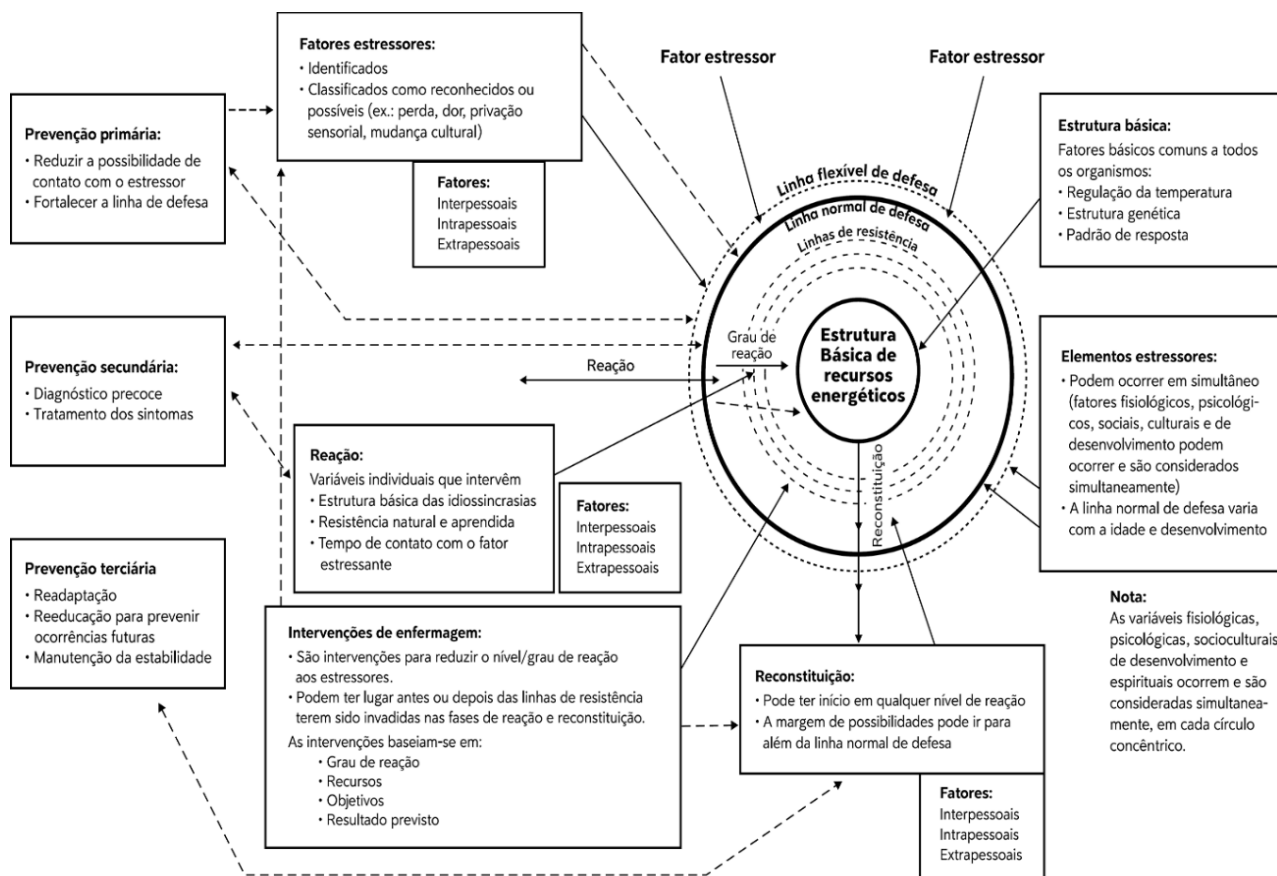
A reconstituição é o estado de adaptação da pessoa aos stressores no ambiente interno e externo. Incluem:

- Ambiente interno ou intrapessoal (interações dentro do sistema individuo);
- Ambiente externo ou interpessoal e extrapessoal (interações a ocorrem fora do individuo);
- Ambiente criado (mecanismo de defesa desenvolvido inconscientemente pelo individuo e utilizado para sustentar o coping protetor) (Tomey & Alligood, 2004).

Neste contexto teórico, a Enfermagem tem o papel de controlar as cinco variáveis básicas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimento e espirituais) que se encontram dentro da estrutura básica do sistema do indivíduo e dentro da linha de defesa flexível, da linha de defesa normal e das linhas de resistência (Neuman & Fawcett, 2011).

Este modelo é desenhado por uma figura com linhas circulares conforme está representado na matriz que se apresenta a seguir (Figura 1).

Figura 1 – Modelo da Teoria Geral dos Sistemas de Betty Neuman



Fonte: Neuman & Fawcett (2011)

A pessoa é vista como um todo multidimensional em camadas, representando os vários níveis de defesa que protegem o núcleo central:

- Estrutura básica ou núcleo central: fatores comuns de sobrevivência da pessoa, com características individuais únicas e que representam os recursos básicos de energia do sistema.
- Linhas de resistência (primeiro anel à volta do núcleo): fatores de proteção (defesas imunitárias, comportamentos de adaptação, mecanismos fisiológicos) que são ativados quando os stressores penetram na linha de defesa normal, causando sintomatologia de reação.

- Linha de defesa normal (segundo anel): representa o equilíbrio da pessoa ou o estado habitual de bem-estar, construído pelas respostas, mecanismos de adaptação ou homeostasia vividos ao longo da vida.
- Linha de defesa flexível (terceiro anel): mecanismo protetor semelhante a um acordeão amortecedor que envolve e protege a linha de defesa normal de ser afetada por stressores (agentes de tensão).

As intervenções de enfermagem vão fortalecer estas linhas de defesa e a resistência aos stressores, e manter a adaptação/reconstituição e a estabilidade do sistema (George, 2000; Tomey & Alligood, 2004; Jukes & Aldridge, 2007).

Para esta teórica, a prevenção é a principal intervenção de enfermagem. O objetivo da enfermagem é ajudar a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema, proporcionando o vínculo entre o sistema do cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem (George, 2000).

Este modelo engloba três níveis de intervenção:

1) Prevenção Primária: implica a identificação e redução dos fatores de risco associados aos stressores ambientais. Fortalece a pessoa para lidar melhor com os stressores e inclui promoção da saúde e manutenção do bem-estar.

2) Prevenção Secundária: implica a redução dos efeitos nocivos da reação aos stressores; foca-se na prevenção de danos, fortalecendo as resistências ou removendo os stressores).

3) Prevenção Terciária: reajusta e fortalece a resistência aos stressores; fornece suporte para facilitar a reconstituição, adicionando ou reduzindo a energia

As intervenções terapêuticas resultantes da reação a um stressor podem, no entanto, melhorar o nível de bem-estar e da estabilidade do doente (Neuman & Fawcett, 2011).

Desta forma Neuman, concetualiza um modelo de filosofia de forma holística, estruturado e flexível com base na Teoria Geral dos Sistemas, o qual pode ser usado pela Enfermagem com diferentes finalidades, nomeadamente educativa.

Este modelo vai ao encontro do que tem sido redigido ao longo do trabalho, em que o indivíduo (AAD) está constantemente sujeito a agressões externas.

Descreve o ambiente como todos os fatores internos e externos (riscos psicossociais do trabalho), que envolvem o indivíduo e o influenciam. Estas interações podem afetar de forma positiva ou negativa o sistema o indivíduo (AAD), levando ao seu desequilíbrio. Neste sentido, a saúde é refletida no nível de bem-estar.

Quando as necessidades do sistema forem consideradas (redução dos riscos psicossociais) promove-se um bem-estar. No entanto, quando estas não são satisfeitas há um desequilíbrio do sistema e diminuição do bem-estar.

Este projeto terá como base a intervenção Primária, uma vez que tem como objetivo identificar os stressores causadores do desequilíbrio do sistema dos AAD e atuar na promoção da saúde, de forma a reforçar as linhas de defesa do indivíduo para aumentar o bem-estar.

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde (PS) é uma posição face à realidade social e económica, sendo que esta realidade não é imutável ou determinada por fatores incontrolláveis. É um processo de investigação sobre a realidade e as suas múltiplas vertentes (Imperatori & Giraldes, 1982).

Define-se planear como *“um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo uma ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher as melhores soluções entre várias alternativas. Essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro”* (Tavares, 1990, p. 29).

O PS tem como objetivo a implementação de projetos baseados na identificação dos problemas de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, através da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, cujo objetivo fundamental é a obtenção de ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

A metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária tem como base o Planeamento em Saúde, constituído pelas seguintes etapas: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional; e avaliação (Tavares, 1990).

3.1. Diagnóstico de situação

O ACES do Estuário do Tejo tem uma área de influência que abrange os concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Vila Franca de Xira, Benavente e Azambuja, ocupando uma superfície de 1482,7 Km². Possui uma população residente de 244,377 habitantes, com uma densidade populacional de 165 habitantes Km². De acordo com os censos de 2011, a pirâmide etária do ACES Estuário do Tejo tem uma estrutura mais jovem que a de Portugal continental. O índice de dependência dos idosos é de 23 por cada 100 indivíduos na idade ativa, pelo qual verifica-se uma percentagem de idosos de 15,3. O índice de envelhecimento é de 90 idosos em cada 100 jovens.

O Plano Local de Saúde do ACES do Estuário do Tejo agrega vários projetos e programas, de entre os quais destaco o Projeto de Vigilância Sanitária nos estabelecimentos de apoio social.

Durante esta fase de pandemia, devido ao acréscimo de problemas associados a estas instituições, este programa teve uma importância acrescida. A articulação entre a USP e as instituições neste período foi uma constante, tendo sido estabelecidas reuniões quinzenais de forma a dar resposta a estas dificuldades. A menção, por parte das Direções Técnicas, em relação à exaustão dos profissionais, era uma constante. Estes relatos geraram uma preocupação na equipa de saúde da USP, pelo que desta forma nasceu o projeto designado de Plano Apoio Psicossocial aos profissionais das Instituições (PAPI).

Para uma melhor apreensão deste tema, foi efetuada uma revisão bibliográfica que se apresenta no Apêndice 1.

3.1.1. População alvo e amostra

Segundo Fortin (2009), a população é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns. A população-alvo deste projeto de intervenção foi os ajudantes de Ação Direta (AAD) de uma Instituição. O número total de abrangência das instituições da USP que participavam nas reuniões eram 15 instituições, tendo sido selecionada a instituição que revelou maior disponibilidade para colaboração no projeto e maior proximidade da USP. Previamente, foi solicitado pedido de autorização à Instituição (Apêndice 2).

Definiram-se critérios de inclusão e de exclusão, sendo incluídos todos os AAD que desempenhavam funções na instituição e que pretendessem participar livremente no projeto, e excluídos os AAD que não aceitaram participar, tendo sido elaborado um consentimento informado e esclarecido (Apêndice 5).

3.1.2. Instrumento de recolha de informação

De forma a obter informação que nos permita conhecer a população-alvo e a sua saúde, é necessário recolher informação. Existem diversas metodologias que poderão ser utilizadas para se proceder à identificação e avaliação dos fatores de risco psicossocial. Os questionários dirigidos aos trabalhadores são a metodologia mais comum, com a finalidade de avaliar a sua perceção quanto aos fatores de risco

psicossocial a que estão expostos e aos efeitos adversos que os mesmos ocasionam na sua saúde (DGS, 2021).

O instrumento de recolha de informação utilizado é composto por questões que pretendem obter a caracterização sociodemográfica dos participantes (Apêndice 3), e por um questionário já validado para a população portuguesa, e aconselhado pela DGS, designado por *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ II*, que avalia os riscos psicossociais dos trabalhadores. Segundo o autor do questionário, este compreende três versões distintas: uma versão curta, visando a autoavaliação dos trabalhadores ou a aplicação em locais de trabalho com menos de 30 trabalhadores; uma versão média, destinada ao uso por profissionais de saúde ocupacional, nomeadamente na avaliação de riscos, planificação e inspeção; e uma versão longa, para fins de investigação (Silva et al., 2006).

De acordo com os autores da versão original e do autor português, as versões curtas e médias incluem somente as dimensões psicossociais com evidência epidemiológica de relação com a saúde (Silva et al., 2006). Baseada na bibliografia e aconselhada pelo autor, optou-se pela utilização da Versão média (Anexo 2). Este questionário foi utilizado após autorização do autor através de e-mail (Apêndice 4). O objetivo do seu uso foi avaliar os riscos psicossociais dos AAD.

Por inviabilidade a nível de tempo para avaliar todas as dimensões do questionário e de forma a não ferir suscetibilidades, optou-se por não avaliar perguntas relativas às dimensões designadas por *Qualidade da liderança e Comportamentos ofensivos*. No questionário entregue essas questões foram eliminadas através de um risco (Anexo 3).

Os questionários foram aplicados após autorização da instituição (Apêndice 2). Cada instrumento de recolha de dados fornecido aos AAD continha anexado como primeira página um consentimento informado e esclarecido (Apêndice 5). Devido ao fluxo de trabalho desta instituição, foi acordado com a Direção Técnica, um dia de deslocação à instituição para aplicação dos questionários, os quais foram preenchidos no momento, configurando assim uma amostra aleatória por conveniência.

Os questionários foram entregues diretamente aos AAD, aos quais foi explicado verbalmente os objetivos do projeto. Foi-lhes também facultado tempo suficiente para responderem ao questionário num ambiente seguro e tranquilo. Após o seu preenchimento, cada participante colocou o questionário em cima de uma mesa de

forma a manter o anonimato e a confidencialidade, sendo estes posteriormente recolhidos.

3.1.3. Resultados

Os questionários foram numerados e a informação obtida foi introduzida numa folha de *Excel* (Apêndice 6), permitindo a análise dos dados recolhidos. Todos os AAD presentes participaram, sendo a amostra constituída por 14 pessoas.

Em primeiro lugar serão apresentados alguns elementos da caracterização sociodemográfica dos ADD, seguindo-se por uma análise dos principais resultados das dimensões do questionário.

3.1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Participaram 14 ADD. Na tabela seguinte (Tabela 1) apresentam-se os resultados da caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1 - Frequência das variáveis sociodemográficas

	Min/Max	Média/Dp
Idade	35-59	47,6 (6,7)
	n	%
Sexo		
Masculino	0	0,0
Feminino	14	100,0
Habilitações Académicas		
1º Ciclo	1	7,1
2º Ciclo	1	7,1
3º Ciclo	7	50,0
Ens. Superior	0	0,0
Outro	5	35,7
Nr anos que trabalha na Instituição		
< 1 ano	0	0,0
1 a 4 anos	1	7,1
5 a 10 anos	6	42,9
> 10 anos	7	50,0

Pela análise da Tabela 1, verifica-se que as idades dos AAD variam entre 35 e 59 anos de idade, estando a média situada nos 47 anos. Quanto ao género, estamos perante uma totalidade de inquiridos do sexo feminino (100%).

No que respeita às habilitações académicas, 50% das inquiridas têm o 3º ciclo de escolaridade (9º ano) e 35% referem ter o 12º ano. Apenas 7% têm o 1º ciclo (4ª classe) e outros 7% o 2º ciclo de escolaridade (antigo 5º ano). Nenhuma das inquiridas refere ter o ensino superior.

No que respeita ao número de anos em que trabalham nesta profissão, 50% referem trabalhar há mais de 10 anos, 42% trabalham há mais de 5 anos e menos de 10 anos, e 7% referem trabalhar há mais de 1 ano e menos de 4 anos. Nenhuma das inquiridas trabalha nesta profissão há menos de 1 ano.

Em suma, a amostra total foi constituída por 14 participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 35 e os 59 anos, sendo a média 47 anos. Cerca de metade das participantes tinha o 3º ciclo de escolaridade e trabalhavam nesta profissão há mais de 10 anos (50%).

3.1.3.2. Análise da informação obtida pelo questionário

No que diz respeito ao principal instrumento de diagnóstico, o COPSOQ II, e em conformidade com as normas de cotação da versão portuguesa (Silva et al., 2006), as diferentes subescalas foram analisadas e interpretadas fator a fator. Por outras palavras, foram calculadas as médias dos itens de cada fator, de modo que, posteriormente, fosse possível situar a média obtida de cada um dos fatores em tercis.

A análise estatística foi realizada com recurso ao Software Informático IBM SPSS *Statistics 22*. A determinação da fidelidade foi verificada utilizando o método de consistência interna. O *Alfa de Chronbach* deve ser superior a 0,70 sugerido por Pestana & Gageiro (2008), o que nos indica fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, permitindo um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo. A consistência interna das subescalas da versão média do COPSOQ - *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* foi satisfatória para a maioria das subescalas, pois o seu *Alfa de Cronbach* está acima do 0.70. Neste sentido, é ainda relevante ter em consideração o tamanho reduzido da amostra deste estudo (n=14).

Na tabela seguinte (Tabela 2), apresentam-se os valores do coeficiente do *Alfa de Cronbach* (α), as médias e os desvios-padrão das subescalas para a versão média do COPSOQ da amostra deste estudo, os valores nacionais da amostra do autor, bem como do setor da saúde da versão portuguesa.

Foi ainda realizado o ponto de corte em três partes iguais, obtendo a amplitude de cotação dos itens (1 a 5) e, como tal, as respectivas pontes de corte em 2,33 e 3,66. Valores dentro deste parâmetro encontram-se numa situação de “intermédio” para a saúde; e abaixo ou acima destes valores, numa situação de “risco” ou situação “favorável” para a saúde, dependendo do fator. Esta divisão permitiu ainda a interpretação das médias de acordo com um modelo tricolor, mediante o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão está associada, isto é, verde (situação favorável para a saúde), azul (situação intermédia) e vermelho (risco para a saúde). Esta forma de identificar as escalas permite com maior facilidade identificar as áreas que apresentam maiores riscos psicossociais para os trabalhadores, correspondendo a cor verde ao menor risco, a cor amarela risco intermédio e a cor vermelha com elevados riscos psicossociais (Figura 2).

De modo a facilitar a interpretação dos dados, e como preconizado pelos autores Kristensen et al., (2005), Moncada (2005) e Silva (2006) agruparam-se diferentes fatores em cinco dimensões, de forma a obter os seguintes conjuntos:

Exigências Laborais: Exigências Quantitativas; Ritmo de trabalho; Exigências cognitivas; Exigências emocionais.

Organização do Trabalho e Conteúdo: Influência no trabalho; Possibilidades de desenvolvimento; Significado do trabalho; Compromisso face ao local de trabalho.

Relações Sociais: Previsibilidade; Recompensas (reconhecimento); Transparência do papel laboral desempenhado; Conflitos de papéis laborais; Apoio social de superiores e apoio social de colegas.

Interface Trabalho – Indivíduo: Insegurança laboral; Satisfação laboral; Conflito trabalho/família.

Valores no local de Trabalho: Confiança vertical; Confiança horizontal; Justiça e respeito; Comunidade social no trabalho; Responsabilidade social.

Saúde e Bem-estar: Saúde geral; Stress; *Burnout*; Problemas em dormir; Sintomas depressivos.

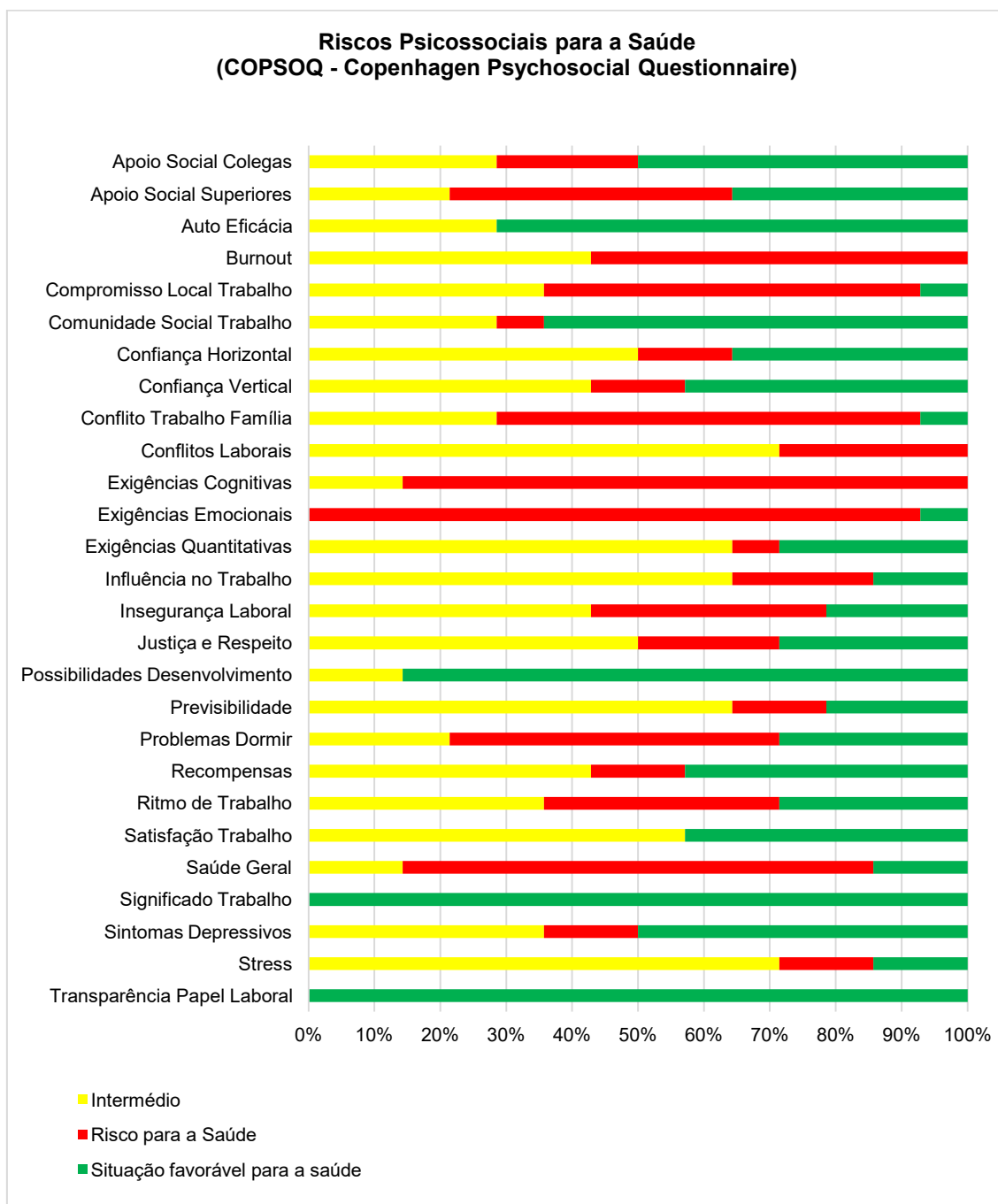
Tabela 2 - Coeficiente do Alfa de Cronbach (α), médias e desvios-padrão das subescalas da versão média do COPSOQ da amostra deste projeto, da média nacional e do setor da saúde, do autor, na versão Portuguesa

	n° Itens	Amostra do projeto n=14			Versão Portuguesa Carlos Silva (2006) n=4162 Média nacional			Versão Portuguesa Carlos Silva (2006) n=1077 Setor Saúde	
		α	Média	Dp	α	Média	Dp	Média	Dp
EXIGÊNCIAS LABORAIS									
Exigências Quantitativas	3	0,76	2,64	0,80	0,63	2,48	0,86	2,46	0,81
Ritmo de Trabalho	1	(a)	3,14	0,95	(a)	3,18	1	3,39	0,95
Exigências Cognitivas	3	0,30	3,95	0,50	0,6	3,79	0,71	3,85	0,69
Exigências Emocionais	1	(a)	4,43	0,85	(a)	3,42	1,15	3,89	0,99
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E DO CONTEÚDO									
Influência no Trabalho	4	0,6	2,77	0,72	0,7	2,83	0,89	2,71	0,9
Possibilidades de Desenvolvimento	3	0,5	4,33	0,67	0,76	3,85	0,81	3,93	0,77
Significado do Trabalho	3	0,20	4,81	0,25	0,82	4,03	0,72	4,08	0,71
Compromisso com o Local Trabalho	2	0,59	3,86	0,91	0,61	3,40	0,90	3,45	0,85
RELAÇÕES SOCIAIS E LIDERANÇA									
Previsibilidade	2	0,06	3,32	0,85	0,72	3,23	0,92	3,29	0,86
Transparência do Papel Laboral	3	(b)	4,74	0,3	0,76	4,19	0,72	4,22	0,67
Recompensas	3	0,7	3,31	0,88	0,82	3,71	0,87	3,62	0,82
Conflitos Laborais	3	0,42	3,19	0,53	0,67	2,94	0,69	2,96	0,64
Apoio Social Colegas	3	0,94	3,52	1,11	0,71	3,44	0,77	3,41	0,71
Apoio Social Superiores	3	0,94	2,86	1,27	0,87	3,13	0,97	3	0,92

		Amostra do projeto n=14			Versão Portuguesa Carlos Silva (2006) n=4162 Média nacional			Versão Portuguesa Carlos Silva (2006) n=1077 Setor Saúde	
	nº Itens	α	Média	Dp	α	Média	Dp	Média	Dp
INTERFACE TRABALHO INDIVIDUO									
Satisfação no Trabalho	4	0,8	3,64	0,71	0,82	3,37	0,08	3,29	0,73
Insegurança Laboral	1	(a)	3,21	1,31	(a)	3,13	1,47	2,98	1,41
Conflito Trabalho-Família	3	0,72	3,55	0,78	0,86	2,67	1,05	2,79	1,01
VALORES NO LOCAL DE TRABALHO									
Confiança Horizontal	3	0,69	2,81	1,08	0,29	2,79	0,64	2,67	0,68
Confiança Vertical	3	0,72	3,5	0,86	0,2	3,6	0,6	3,69	0,62
Justiça e Respeito	3	0,75	3,19	0,92	0,79	3,37	0,81	3,32	0,74
Comunidade Social no Trabalho	3	0,72	3,76	0,78	0,85	3,97	0,81	3,84	0,77
PERSONALIDADE									
Auto-Eficácia	2	0,79	4,11	0,76	0,67	3,9	0,67	3,82	0,6
SAÚDE E BEM ESTAR									
Saúde Geral	1	(a)	3,5	0,94	(a)	3,44	0,91	3,41	0,8
Problemas em Dormir	2	0,97	3,39	1,4	0,84	2,46	1,05	2,55	1
<i>Burnout</i>	2	0,86	3,86	0,89	0,83	2,7	0,97	2,88	0,9
Stress	2	0,53	2,93	0,85	0,73	2,7	0,9	2,79	0,8
Sintomas Depressivos	2	0,87	2,36	1,2	0,8	2,35	0,91	2,38	0,4

a) Não é possível calcular o Alfa de Cronbach, uma vez que a subescala é constituída por um único item.

Figura 2 - Percentagem representada em modelo tricolor



Seguindo esta lógica e orientação do autor, e de forma a interpretar os resultados obtidos, procede-se de seguida a uma análise escrita de cada fator do questionário de acordo com a Tabela 2.

A dimensão *Exigências Quantitativas* apresenta uma média de $M=2,64$. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5, em que a valores maiores correspondem a um maior risco para a saúde, o que denota uma situação intermédia para a saúde. Além

disso, comparando com os valores normativos da população portuguesa, encontra-se ligeiramente abaixo ($M=2,48$). Tendo em consideração os setores de atividade, a média obtida situa-se ligeiramente acima ao setor da Saúde ($M=2,46$). No gráfico tricolor verificamos que apenas 7% dos AAD se encontram na situação de risco para a saúde. A maioria encontra-se no risco intermédio (64,3%). A dimensão *Exigências Quantitativas* avalia a relação entre a carga de trabalho e do tempo disponível que a pessoa tem para o fazer (volume, frequência e intensidade das relações laborais). Quanto menos for o tempo, maiores serão as exigências. Esta dimensão está essencialmente associada à falta de pessoas, a um fraco planeamento, ao aumento do ritmo de trabalho, à falta de ferramentas (o que implica a realização maior de tarefas), e a uma maior extensão do horário de trabalho (Moncada e tal., 2002; Cardoso et al., 2012).

O *Ritmo de Trabalho* expressa uma média de $M=3,14$. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde, o que se traduz numa situação intermédia para a saúde. Em relação aos valores normativos portugueses, encontra-se abaixo ($M=3,18$), como também, da média do setor da saúde ($M=3,39$). No gráfico tricolor verificamos que 35,7% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde e com a mesma percentagem com risco intermédio. Esta subdimensão diz respeito à intensidade do trabalho que por sua vez se relaciona com a quantidade e com o tempo que a pessoa tem. Quando a pessoa está a trabalhar de forma muito rápida para conseguir terminar as suas tarefas, significa que está a trabalhar a um ritmo intenso, elevado, isto é, ela pode deixar de ter controlo sobre o tempo de trabalho (Santos, 2017).

A subdimensão *Exigências Cognitivas* apresenta um valor resultado prejudicial, em situação de risco para a saúde ($M=3,95$). Este fator avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde. Em comparação com os referenciais nacionais, encontra-se acima da média ($M=3,79$). Já em relação ao setor de atividade da saúde, uma média de $M=3,85$, ambos em situação de risco para a saúde. No gráfico tricolor verificamos que 85,7% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde. Esta subdimensão constitui um tipo de exigência relacionada com a intensidade do trabalho, estando associada à quantidade e ao tempo para executar as tarefas (Moncada et al, 2014).

No que diz respeito à subdimensão *Exigências Emocionais*, esta apresenta um valor acima para situação de risco para a saúde ($M=4,43$). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde.

Comparativamente com os referenciais nacionais, encontra-se acima da média (M=3,42), bem como do setor da saúde (M=3,89). No gráfico tricolor verificamos que 93% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde. As **Exigências emocionais** fazem menção ao modo como o trabalho pode afetar a pessoa emocionalmente, especialmente quando requer a capacidade de compreender outras pessoas. Por outras palavras, são exigências que resultam muitas vezes das relações interpessoais que o trabalho implica, sobretudo em profissões que prestam serviços ou cuidados a outras pessoas e nas quais pode haver a transferência de emoções e sentimentos entre uma pessoa e a outra (Moncada et al., 2014).

A dimensão **Organização do Trabalho e Conteúdo** engloba as subdimensões **Influência no trabalho, Possibilidades de desenvolvimento, Significado do trabalho e Compromisso face ao local de trabalho**.

A subdimensão **Influência no Trabalho** é a única neste grupo de fatores que se estabelece como uma situação intermédia para a saúde (M=2,77). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. Já no contexto do referencial nacional e dos setores de atividade, está posicionada como uma situação intermédia para a saúde (referencial nacional – M=2,83; Saúde – M=2,71). No gráfico tricolor verificamos que apenas 7,1% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde, sendo que a maioria se encontra no risco intermédio (64,3%). A subdimensão **Influência no Trabalho** constitui uma das dimensões principais do ambiente psicossocial e está associada ao poder de decisão e de autonomia da pessoa relativamente ao conteúdo e às condições laborais (objetivos, métodos usados, tarefas e quantidade de trabalho). Está relacionada com a participação que cada pessoa tem nas decisões e questões fundamentais do seu trabalho quotidiano e pode estar altamente associada às possibilidades de desenvolvimento (Cardoso, 2012; Moncada et al., 2014).

Relativamente à subdimensão **Possibilidades de Desenvolvimento**, é posicionada como uma situação favorável para saúde (M=4,33). Este fator também é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. Esta média encontra-se acima da média referentes à norma nacional (M=3,85) e do setor de atividade (Saúde – M=3,93). No gráfico tricolor verificamos que 85,7% dos AAD encontram-se numa situação favorável para a saúde. Para os autores, esta subdimensão tem a ver com as oportunidades, desenvolvimento de competências e de conhecimento. Está relacionada essencialmente com os níveis de complexidade e de

variedade de tarefas, com os métodos de trabalho utilizados e o tipo de conteúdo do trabalho (mais rotineiro, padronizado monótono de um lado, mais complexo e criativo noutro). Quanto mais monótono e padronizado for um trabalho, menores serão as possibilidades de desenvolvimento de novas competências, influenciando a motivação do trabalhador (Santos, 2017; Moncada et al., 2014).

O ***Significado do Trabalho*** surge como uma subdimensão onde existe uma situação bastante favorável para a saúde, com uma média de $M=4,81$. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. Esta média encontra-se bastante acima da média nacional ($M=4,03$), bem como acima do setor de atividade (Saúde – $M=4,08$). No gráfico tricolor verificamos que 100% dos AAD encontram-se na situação favorável para a saúde. Esta subdimensão está relacionada com o conteúdo do trabalho, com o significado que a pessoa atribui às tarefas que lhe são incumbidas e à perspetiva ou visão que a pessoa tem sobre o resultado final. O trabalho deve representar mais que uma forma de obter rendimento, deve estar relacionado também com outros valores (e.g., utilidade, valorização social, aprendizagem) para que tenha um significado para a pessoa (Moncada et al., 2014).

Na subdimensão ***Compromisso com o Local de Trabalho***, a média de $M=3,86$ permite situá-la numa situação intermédia para saúde. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. Este valor situa-se acima da média dos valores normativos da população ativa portuguesa ($M=3,40$), bem como o da atividade Saúde ($M=3,45$). No gráfico tricolor verificamos que 57,1% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde. Esta subdimensão avalia o envolvimento da pessoa com o seu trabalho e está significativamente associada ao sentido e ao conjunto de relações emocionais e físicas que ocorrem entre o trabalho e o trabalhador (Santos, 2017).

A dimensão ***Relações Sociais e Liderança*** engloba as seguintes subdimensões: ***Previsibilidade, Recompensas (Reconhecimento), Transparência do papel laboral desempenhado, Conflitos de papéis laborais, Apoio social de superiores e Apoio social de colegas***. As relações sociais têm uma importância significativa e fazem menção ao facto de receber ou dar o tipo de ajuda necessária e no momento adequado aos colegas e superiores. Em relação à liderança, esta é essencial para garantir o crescimento pessoal, motivação e bem-estar dos trabalhadores. Em relação à comunicação, vários estudos já mencionaram a sua importância nas organizações, sendo que uma comunicação nula ou

ineficaz tem efeitos bastante negativos, tanto para os colaboradores como para a organização (Granja, 2020).

No que concerne à **Previsibilidade**, esta dimensão apresenta-se como uma situação intermédia para a saúde, com uma média de $M=3,32$. Este fator avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. Este valor situa-se ligeiramente acima de todos os referenciais de comparação, nomeadamente, dos valores normativos nacionais ($M=3,23$), do setor da Saúde (3,29). No gráfico tricolor verificamos que apenas 15% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde, sendo que a maioria numa situação intermédia para a saúde (64%). A **Previsibilidade** refere-se à adequabilidade da informação para o trabalhador, de modo que seja suficiente e oportuna para realizar o seu trabalho e que permita adaptar-se às mudanças que possam ocorrer no local de trabalho (reestruturação, novas tecnologias, novas tarefas, novos métodos, etc.) (Moncada, 2014).

Em relação à subdimensão **Recompensas**, os valores médios situam esta dimensão numa situação intermédia para a saúde ($M=3,31$), sendo este fator avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. Apresenta uma média ligeiramente abaixo dos valores nacionais ($M=3,71$) e do respetivo setor da Saúde ($M= 3,62$). No gráfico tricolor verificamos que apenas 14% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde, sendo que a maioria numa situação intermédia para a saúde (64%). Para alguns autores, esta subdimensão avalia o equilíbrio existente entre as recompensas obtidas pelo trabalho e o grau de esforço, sendo que a interação entre um nível de esforço elevado e um nível baixo de recompensas a longo prazo representa um risco para a saúde do trabalhador (Moncada et al., 2014; Santos, 2017; Cardoso, 2012).

A subdimensão **Conflitos de Papéis Laborais** apresenta uma média que se traduz numa situação intermédia para a saúde ($M=3,19$). Este fator foi avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde. Esta média encontra-se acima dos valores normativos nacionais ($M=2,94$), bem como do respetivo setor de atividade Saúde ($M=2,96$). No gráfico tricolor verificamos que apenas 29% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde, sendo que a maioria (71%) numa situação intermédia para a saúde. Os conflitos laborais ocorrem devido às exigências contraditórias associadas à realização de determinadas tarefas nomeadamente, divergências entre os colegas, conflitos a nível ético, dificuldade na

comunicação interna entre outros, os quais podem resultar em stress e ansiedade caso se prolonguem no tempo (Cardoso, 2012; Santos, 2017).

Quanto à *Transparência do Papel Laboral Desempenhado*, esta assume-se como a dimensão com maior destaque com uma média de $M=4,7$. Este fator é igualmente avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde, colocando-a numa situação favorável para a saúde. Este valor encontra-se acima da média nacional ($M=4,19$) e da média do setor de atividade Saúde ($M=4,22$). No gráfico tricolor verificamos que 100% dos AAD encontram-se na situação favorável para a saúde. Esta subdimensão está associada à forma como o trabalho é definido, ou seja, ao conhecimento claro e específico sobre as tarefas que o trabalhador tem que desempenhar, os recursos que tem disponíveis, as suas responsabilidades e a margem de autonomia que possui, pois o trabalhador precisa de ser esclarecido em relação aos seus objetivos, metas, responsabilidades, etc., de forma a conseguir executar um bom trabalho (Cardoso, 2012; Moncada et al., 2014).

O *Apoio Social dos Superiores* representa a média mais baixa neste conjunto de fatores ($M=2,86$). Contudo, situa-se ainda, numa situação intermédia para a saúde. Ao verificar a média do valor de referência português é possível aferir que a mesma se situa abaixo da média nacional ($M=3,13$), bem como do setor de atividade saúde ($M=3,00$). No gráfico tricolor verificamos que 42,9% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde. A falta de apoio da chefia está associada à falta de formação na gestão de pessoas. Esta subescala refere-se à falta de ajuda e apoio necessários por parte dos superiores para a realização das tarefas laborais sempre que necessário (Moncada et al., 2014).

Ainda nesta linha de pensamento, a subdimensão *Apoio Social dos Colegas* apresenta-se como uma situação intermédia para a saúde, com uma média de $M=3,52$. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. É possível perceber que se situa acima o do referencial nacional ($M=3,44$), como também, do setor de atividade Saúde ($M=3,41$). No gráfico tricolor verificamos que 50%% dos AAD encontram-se na situação favorável para a saúde e, apenas 21,43, numa situação de risco. A falta de apoio dos pares diz respeito à falta de ajuda e apoio por parte dos colegas para se conseguir realizar adequadamente o trabalho, podendo estar relacionada com as práticas de gestão de pessoas que tornam a cooperação e a formação do trabalho em equipa difíceis, potenciando a competitividade individual (Moncada et al., 2014).

A dimensão **Interface Trabalho - Indivíduo** engloba as seguintes subdimensões: **Insegurança Laboral, Satisfação laboral e Conflito Trabalho/Família**. Esta dimensão diz respeito à necessidade de resposta às exigências impostas por vários papéis (e.g., no trabalho, na família) e à preocupação face ao futuro e à instabilidade laboral (Granja, 2020).

A subdimensão **Insegurança Laboral** revela uma situação intermédia para a saúde com uma média de $M=3,21$. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde o que, em comparação com o normativo nacional, encontra-se ligeiramente acima ($M=3,13$). Comparativamente ao setor de atividade, encontra-se mais próxima do setor da Saúde ($M=2,98$). No gráfico tricolor verificamos que 35,7% dos AAD encontram-se na situação de risco para a saúde, sendo que a maioria se encontra numa situação intermédia para a saúde. Esta subescala está relacionada com a preocupação em relação ao emprego no futuro, com a estabilidade em relação ao emprego atual e às possibilidades de empregabilidade no mercado. Níveis altos nesta subescala são nocivos e refletem preocupação por parte do profissional sobre se o vão despedir ou não lhe renovar o contrato, bem como sobre as dificuldades que teria no caso de ficar desempregado (Moncada et al., 2014).

O **Conflito Trabalho – Família** apresenta-se como uma situação intermédia para a saúde com uma média de $M=3,55$. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde, o que por comparação com o normativo nacional, está acima da norma nacional ($M=2,67$) e do setor da Saúde com uma média de $M=2,79$. No gráfico tricolor verifica-se que 64,3% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde. A gestão que o trabalhador tem que fazer para manter o equilíbrio entre o trabalho e a família nem sempre é favorável, podendo originar um conflito temporal. Quando a subescala **Conflito Trabalho – Família** apresenta valores altos, tem um significado negativo, representando risco para a saúde (Moncada et al., 2014). O conflito trabalho-família aparece associado aos riscos psicossociais em muitos estudos (Obrenovic et al., 2020; Nordenmark et al., 2020; Scozzafave et al., 2020). No âmbito individual, as dificuldades em conciliar o trabalho com a família são fonte de stress mental e físico, impactando negativamente a saúde do profissional (Rabenu et al., 2017).

A subdimensão **Satisfação Laboral** tem uma média de $M=3,64$. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor

risco para a saúde que a permite categorizar como uma situação favorável para a saúde. Esta média encontra-se acima, em conformidade com a média dos valores normativos nacionais (M=3,37), e com a média do setor de atividade Saúde – M=3,29. No gráfico tricolor verifica-se que 57,1% dos AAD encontram-se numa situação intermédia para a saúde e 43% numa situação favorável. Esta subescala tem a ver com a perceção que o trabalhador possui relativamente às suas condições de trabalho e à utilização das suas capacidades no seu desempenho, sendo considerada uma medida global de qualidade do trabalho, utilizada em várias investigações. A baixa satisfação no trabalho está relacionada com muitos efeitos nefastos, no entanto há que ter em conta que depende muito das expectativas da pessoa (Cardoso, 2012; Moncada et al., 2014).

A dimensão *Valores no local de Trabalho* engloba a *Confiança Vertical*, *Confiança Horizontal*, *Justiça e Respeito*, *Comunidade Social no Trabalho* e a *Responsabilidade Social*. Esta dimensão visa avaliar a qualidade das relações entre os trabalhadores, representando a componente emocional do apoio social (Granja, 2020).

Tendo em consideração a subdimensão da *Confiança Vertical* é possível perceber que esta se ostenta numa situação intermédia para a saúde (M=3,50). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. Comparativamente aos referenciais normativos portugueses, situa-se ligeiramente abaixo (M=3,60), e o mesmo se pode demonstrar a partir das médias dos setores de atividade da Saúde (M=3,69). No gráfico tricolor verifica-se que 14,3% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde, sendo que a maioria (42,9) encontra-se numa situação intermédia. A *Confiança Vertical* está relacionada com a segurança que o trabalhador tem sobre a forma como vai atuar. Esta subescala tem a ver com a fiabilidade de informação que flui desde a Direção até aos trabalhadores e, também, com o nível em que estes podem expressar as suas opiniões, sendo que não pode haver confiança na base de um tratamento injusto (Moncada et al., 2014).

Contrariamente, a *Confiança Horizontal*, patenteia uma média de M=2,81 que vai ao encontro da média obtida nos valores de referência nacionais (M=2,79) e dos setores de atividade Saúde (M=2,67). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. No gráfico tricolor verifica-se que apenas 14,3% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde. A maioria numa situação intermédia (50%).

A *Confiança Horizontal*, por sua vez, avalia se os trabalhadores podem confiar uns nos outros ou não, no dia a dia de trabalho, podendo ser observada na comunicação

no local de trabalho, por exemplo, se a pessoa pode expressar livremente as suas atitudes e sentimentos, sem receio de respostas negativas (Rodrigues, 2020).

Em referência à subdimensão da *Justiça e Respeito*, a média obtida coloca-a como uma situação intermédia para a saúde (M=3,19). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. Está ligeiramente abaixo das médias obtidas nos valores normativos nacionais (M=3,37) e nos setores de atividade da Saúde (M=3,32). No gráfico tricolor verifica-se que apenas 21,4% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde. A maioria (50%) no risco intermédio. Esta subdimensão refere-se ao grau em que os trabalhadores são tratados equitativamente e, normalmente, a sua falta está associada com as práticas organizacionais de gestão laboral. Por outras palavras, avalia se os trabalhadores estão a ser tratados de forma justa. Engloba a distribuição de tarefas e reconhecimento, o processo de partilha, a resolução de conflitos, e as sugestões dos trabalhadores (Moncada et al., 2014; Rodrigues, 2020).

A média obtida na *Comunidade Social no Trabalho* posiciona-a como uma situação favorável para a saúde (M=3,76). Ao contrário do quadro de referência nacional (M=3,97) e do setor de atividade (Saúde – M= 3,84) que a colocam como uma situação favorável para a saúde, este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. No gráfico tricolor verifica-se que 64% dos AAD encontram-se numa situação favorável para a saúde. Esta subdimensão, relaciona-se com o ambiente de trabalho (saudável), que possibilita aos trabalhadores socializarem, cooperarem, tanto para o bom desenvolvimento das atividades laborais, como para potenciar momentos de descontração em situações mais graves (Santos, 2017).

A dimensão *Personalidade* engloba a subdimensão *Auto-eficácia*, a qual ostenta uma situação favorável para saúde (M=4,11). Este valor está próximo dos valores nacionais de referência (M=3,90) e dos respetivos setores de atividade (Saúde – M=3,82). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. No gráfico tricolor verifica-se que não há nenhuma percentagem dos AAD em risco para a saúde. As maiorias (71%) encontram-se numa situação favorável para a saúde. A subdimensão *Auto-eficácia* refere-se à crença ou expectativa da possibilidade por parte do trabalhador de realização de uma determinada tarefa com sucesso mediante o esforço pessoal, alcançando o resultado pretendido (Santos, 2017).

A dimensão **Saúde e Bem-estar** engloba as seguintes subdimensões: **Saúde Geral, Stress, Burnout, Problemas em dormir e Sintomas Depressivos**.

A subdimensão da **Saúde Geral** expõe uma situação intermédia para a saúde, apresentando uma média de $M=3,50$, estando acima da média nacional ($M=3,44$). Denota uma perceção de saúde que não é favorável e claramente acima do ponto médio. Já ao que aos setores diz respeito, também estes se posicionam acima da média desta realidade; Saúde – $M=3,41$). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde. No gráfico tricolor verifica-se que 71,4% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde. Esta subdimensão refere-se à avaliação individual que o trabalhador faz acerca do seu estado de saúde geral, o qual inclui a saúde atual, as perspetivas futuras e a sua resistência face à doença. Constitui um indicador bastante confiável de mortalidade e mortalidade, fácil de obter e de interpretar (Ribeiro, 2017; Rodrigues, 2020; Moncada et al., 2014).

Em relação ao **Stress**, este posiciona-se, com uma média de $M=2,93$ numa situação intermédia para a saúde, seguindo os referenciais nacionais ($M=2,70$). Os valores do setor da Saúde encontram-se ligeiramente acima ($M=2,79$), mas ainda na mesma situação intermédia. Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde. No gráfico tricolor verifica-se que 14,3% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde. A maioria encontra-se no risco intermédio 71%.

No que diz respeito ao **Burnout**, este apresenta uma média de $M=3,86$, o que se traduz numa situação de risco para a saúde. Os valores obtidos junto destes trabalhadores posicionam-se bastante acima, não só dos referenciais normativos portugueses ($M=2,70$), como também dos setores de atividade da Saúde ($M=2,88$). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a maior risco para a saúde. No gráfico tricolor verifica-se que 57,1% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde e os restantes numa situação intermédia. Não há elementos numa situação favorável para a saúde. O *burnout* é uma síndrome que se caracteriza pela acumulação de fadiga física e mental e pela exaustão mental, que afeta variados profissionais sendo considerado um problema de ambiente de trabalho mais do que um problema pessoal (Cardoso, 2012; Santos, 2017).

No mesmo seguimento, a subdimensão **Problemas em Dormir**, indica uma situação intermédia para a saúde, com uma média de $M=3,39$, mostrando-se acima da média nacional ($M=2,46$), e do setor da Saúde ($M=2,55$). Este fator é avaliado através

da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. No gráfico tricolor verifica-se que 50% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde. A subdimensão ***Problemas em Dormir***, tal como o próprio nome indica, está relacionada a questões associadas com a perceção do trabalhador acerca da dificuldade para adormecer, se o seu sono é interrompido muitas vezes e consequentemente não consegue voltar a adormecer (Cardoso, 2012).

Na subdimensão ***Sintomas Depressivos*** indica uma situação intermédia para a saúde com médias de $M=2,36$, respetivamente. Estes valores encontram-se ligeiramente acima dos valores de referência nacionais ($M=2,35$) e com o mesmo valor em relação aos setores de atividade Saúde ($M=2,36$). Este fator é avaliado através da escala de 1 a 5 em que os valores maiores correspondem a menor risco para a saúde. No gráfico tricolor verifica-se que apenas 14,3% dos AAD encontram-se numa situação de risco para a saúde, com a maioria numa situação favorável para a saúde 50%. Os sintomas depressivos simbolizam uma série de situações onde a pessoa já demonstra incapacidade em gerir as questões emocionais da sua vida pessoal e profissional, chamando a atenção para um quadro patológico. Esta subescala procura caracterizar sentimentos de tristeza e falta de interesse do trabalhador em atividades do dia a dia (Ribeiro, 2017).

A revisão da literatura efetuada previamente vai de encontro aos resultados obtidos pela análise dos dados. Estes resultados foram apresentados e discutidos em reunião com a enfermeira orientadora e responsável pelo projeto de vigilância sanitária nos estabelecimentos de apoio social. Após a sua análise considerou-se o diagnóstico de situação, os resultados e necessidades expressas e sentidas da análise dos resultados do questionário.

3.2. Problemas identificados

A definição dos problemas de saúde da população consiste na última etapa do diagnóstico de saúde, englobada no Planeamento em Saúde (Tavares, 1990).

Segundo Pineault (2016, p. 27):

“Um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado como deficiente pelo indivíduo, pelo profissional da saúde ou comparação tanto com as normas subjetivas e implícitas, quanto com as normas objetivas e explícitas. Uma necessidade de saúde revela, em dado momento, uma lacuna a

ser preenchida entre uma situação desejada e uma situação real em termos de saúde, geralmente no quadro de um processo de planeamento”.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2001, p.13):

“Um diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE®, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação. Os resultados de Enfermagem CIPE® definem-se como sendo a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem OE, 2008. Uma intervenção de Enfermagem é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem”.

Após esta análise, foram identificados os diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE® versão 2019. Assim, estes foram consideradas como problemas / necessidades. Baseado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (RCEESCSP), que é contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidade, os problemas foram levantados com base na percentagem de AAD em risco para a saúde (através do gráfico tricolor – Figura 2). Foram levantados os problemas que apresentassem uma percentagem superior a 40% de AAD em risco para a saúde (vermelho) de determinado fator.

Para a formulação do diagnóstico de enfermagem foi utilizada a terminologia do Modelo de Betty Neuman, tendo em conta os stressores. Assim sendo, o diagnóstico de enfermagem, formulado com base neste modelo teórico, foi a ameaça ou potencial ameaça à linha de defesa das AAD, relacionada com os stressores intrapessoais extrapessoais e interpessoais. O objetivo será o reforço dessa mesma linha de defesa no sentido de evitar a doença.

No quadro abaixo (Quadro 1) encontram-se os resultados da análise do questionário, os diagnósticos de acordo com o Modelo da Betty Neuman e o diagnóstico na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2019).

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem

Resultados	Modelo Betty Neuman	Diagnóstico CIPE 2019
Apoio social do superior 42,86%	Ameaça à linha de defesa dos cuidadores relacionado com stressores intrapessoais extrapessoais.	Promover a Comunicação entre a equipa
Conflito trabalho- família 64,29%	Ameaça à linha de defesa dos cuidadores relacionado com stressores extrapessoais	Atitude comprometida na capacidade de gerir a dualidade trabalho e família
Compromisso no local de trabalho 57,14%	Ameaça à linha de defesa dos cuidadores relacionado com stressores extrapessoais e intrapessoais	Papel profissional comprometido devido ao elevado compromisso no local de trabalho
Problemas em dormir 50%	Ameaça à linha de defesa dos cuidadores relacionado com stressores extrapessoais e intrapessoais	Sono comprometido dos AAD
Exigências cognitivas 85,71%	Ameaça à linha de defesa dos cuidadores relacionado com stressores extrapessoais e intrapessoais	Articulação comprometida entre a e equipa de trabalho
Exigências emocionais 92,86%	Ameaça à linha de defesa dos cuidadores relacionado com stressores extrapessoais e intrapessoais	Atitude comprometida para gerir as emoções das AAD
Perceção estado de saúde dos AA 71,43%	Ameaça à linha de defesa dos cuidadores relacionado com stressores extrapessoais e intrapessoais	Perceção comprometida do estado de saúde dos AAD
<i>Burnout</i> 57,14%	Ameaça à linha de defesa dos cuidadores relacionado com stressores extrapessoais e intrapessoais	Processo de <i> coping </i> comprometido dos AAD em lidar com os riscos psicossociais.

3.3. Definição de prioridades

No sentido de podermos intervir, é necessário priorizar os diagnósticos conforme o Planeamento em Saúde.

Para Tavares (1990), determinar prioridades não é sinónimo de desconsiderar os excedentes problemas identificados no diagnóstico de situação. Trata-se de uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros e tempo disponível.

Segundo Pineault (2016, p.40):

“A priorização pode referir-se à análise dos problemas de saúde, de intervenção ou de ação a ser tomada para resolvê-los, ou, ainda, dos recursos a serem aplicados para realizar essas ações. Para determinar uma prioridade de intervenção é necessário avaliar a importância do problema (problema

prioritário); Capacidade de intervir com eficácia; Capacidade de realização (económica, ética, cultural, organizacional, social, política etc.)”.

No entanto, o principal problema da definição desta etapa é a sua subjetividade, uma vez que a escolha e ponderação dos critérios dependem grandemente de quem planeia (Imperatori & Giraldes, 1986). Esta subjetividade poderá ser contrariada se forem bem ponderados os critérios utilizados na escolha.

Atendendo aos critérios disponíveis e por ser de fácil aplicação, foi selecionada como técnica de determinação de prioridades a “Grelha de análise”. Esta técnica permite determinar prioridades baseadas nos seguintes critérios para a hierarquização dos problemas: “importância do problema”, que corresponde à expressão da dificuldade mais sentida; “relação entre o problema e os fatores de risco”, ou seja, a ação dos stressores intrapessoais sobre o sistema e suas consequências; “capacidade técnica de resolver o problema”, definida pela implementação de estratégias específicas que permitam a resolução do problema; e “exequibilidade do projeto ou da intervenção”, que se traduz na possibilidade em concretizar com êxito as estratégias para a resolução do problema. Este método apresenta como vantagem o seu carácter objetivo e como desvantagem o facto de o primeiro critério ser muito discernente, pois ao ser atribuída uma classificação diferente entre dois problemas, não permite que a abordagem através dos outros altere a recomendação (Tavares, 1990).

Utilizando a grelha de análise atribui-se sucessivamente uma classificação de mais (+) ou de menos (-) ao problema, de forma sequencial, de acordo com os quatro critérios definidos (Tavares, 1990).

A fim de obter o preenchimento de uma grelha de priorização, torna-se pertinente o recurso a um ou mais peritos nesta área. Uma enfermeira perita, segundo Benner (2001, p.58) “*tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos (...), ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global*”. Desta forma, recorreu-se à enfermeira orientadora, bem como à professora orientadora, para auxílio na priorização dos problemas que se apresenta no quadro seguinte (Quadro 2).

Quadro 2 - Grelha de análise para determinação de prioridades

Diagnósticos	Crítérios	Importância do problema	Relação do problema / Fatores de risco	Capacidade técnica de intervenção	Exequibilidade	Cotação
Promover a comunicação na equipa		+	+	+	+	1
Atitude comprometida na capacidade de gerir trabalho e família		+	+	-	-	4
Papel profissional comprometido devido ao elevado compromisso no local de trabalho		-	+	-	-	12
Sono comprometido dos AAD		+	+	-	-	4
Articulação comprometida entre a e equipa de trabalho		+	+	-	-	4
Atitude comprometida para gerir as emoções das AAD		+	+	+	+	1
Perceção comprometida do estado de saúde dos AAD		+	+	-	-	4
Processo de coping comprometido dos AAD em lidar com os riscos psicossociais.		+	+	+	+	1

Fonte: Tavares (1990)

Analisando a grelha, e de acordo com a sequência e opinião dos peritos, verifica-se que os problemas de saúde que apresentam cotação máxima (valor=1) são os diagnósticos: promover a comunicação entre os AAD, processo de *coping* comprometido dos AAD em lidar com os riscos psicossociais e atitude comprometida para gerir as emoções das AAD.

3.4. Fixação de objetivos

Após a etapa de priorização dos problemas é necessário definir objetivos que irão conduzir à sua resolução dos problemas identificados. A fixação de objetivos surge como a terceira etapa do planeamento em saúde. Segundo Tavares (1990, p. 113), “*os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo e pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos*”. Em termos de estrutura, os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, de forma a formular um objetivo corretamente, e devem conter a natureza e a situação desejável (Tavares, 1990).

Entende-se o objetivo como sendo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que se altera, traduzindo em termos de indicadores de resultado ou de impacto, a tendência da evolução natural desse problema (Imperatori & Giraldes, 1993). O objetivo geral refere-se a uma determinada situação que se pretende atingir, sendo formulado de uma forma geral, e os objetivos específicos de uma forma detalhada (Tavares, 1990).

Os principais tipos de indicadores são os de resultado ou de impacto, que permitem quantificar as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema, bem como os de atividade ou de execução, que permitem quantificar a atividade desenvolvida (Tavares, 1990).

De seguida são traçados os objetivos operacionais, designados por metas, que são os enunciados dos resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis das atividades, sendo traduzidos em indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo (Imperatori & Giraldes, 1990).

Foi traçado, como objetivo geral, contribuir para a prevenção dos riscos psicossociais dos AAD das estruturas residenciais para pessoas idosas.

Na sequência deste objetivo geral foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Dar a conhecer o que são e como prevenir os riscos psicossociais;
- 2) Esclarecer os AAD sobre a importância da Comunicação eficaz na equipa;
- 3) Articular com parceiros externos a realização de sessões de meditação;
- 4) Dar a conhecer técnicas de relaxamento;
- 5) Apresentar aos Diretores Técnicos das ERPIs os resultados obtidos do projeto;
- 6) Envolver a equipa da USP no projeto de forma a dar continuidade ao mesmo.

3.5. Seleção de estratégias

Após os objetivos estarem definidos, propõe-se a definição e seleção de estratégias de forma a poder atingir os mesmos. A seleção de estratégias propõe novas formas de atuação de forma a atingir os objetivos delineados (Tavares, 1990).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1982, pp.65), uma estratégia de saúde deve definir-se de forma detalhada e de forma a ser posteriormente analisada quanto a sua exequibilidade. Os autores definem estratégia de saúde como “*O conjunto coerente*

de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde (Imperatori & Geraldles, 1982, pp. 65).

A seleção das estratégias para atingir estes objetivos baseia-se no fundamento da Modelo Teórico de Betty Neuman que refere que, a intervenção desenvolvida deve promover o reforço das linhas de resistência, sensibilizando para adoção de comportamentos saudáveis. Este modelo refere que é possível a enfermagem desenvolver um conjunto de reforços às linhas de defesa através da educação; quanto maior o nível de literacia em saúde da pessoa, mais apta ela estará para enfrentar os stressores. Esta afirmação remete-nos para um conceito, a promoção da saúde, que surge como uma estratégia para reforçar as linhas de defesa do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Na Carta de Ottawa (1986), definiu-se promoção da saúde como “*O processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado bem-estar, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio*”. A Carta refere ainda que a promoção da saúde presume o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável (Carta de Ottawa, 1986).

3.6. Preparação operacional

A quinta fase de planeamento em saúde caracteriza-se pela definição de programas e/ou projetos – “*atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa*” (Imperatori & Giralles, 1982, p.86). A seleção das atividades, foram efetuadas com a coordenação da Enfermeira orientadora tendo em conta o tempo que seria necessário despender, bem como os recursos materiais e os custos existentes para a implementação.

Seguidamente descreve-se as atividades desenvolvidas para cada um dos objetivos específicos (Quadro 3, 4, 5, 6, 7 e 8).

Quadro 3 - Objetivo 1

Objetivo: Dar a conhecer o que são e como prevenir os riscos psicossociais	
Atividades	Meta
Ação formativa sobre os riscos psicossociais e efeitos na saúde. Realizar dinâmica de grupo. Foi realizado um plano de sessão (Apêndice 10). Efetuada uma sessão de educação para a saúde 60 min com projeção de PPT (Apêndice 11), simples e com linguagem de fácil percepção.	Obter 50% da participação dos AAD da instituição. Obtenção da avaliação da sessão em muito bom em pelo menos de 50% dos AAD. Para a avaliação da sessão, foi ainda realizado um questionário de satisfação da mesma (Apêndice 9).

Quadro 4 - Objetivo 2

Objetivo: Esclarecer os AAD sobre a importância da Comunicação eficaz na equipa	
Atividades	Meta
Realizada uma sessão de educação para a saúde sobre a comunicação. Efetuado um plano de sessão (Apêndice 7). Foi ainda efetuada uma sessão de 60 min com projeção de PPT (Apêndice 8), simples e com linguagem de fácil percepção.	Obter 50% da participação dos AAD da instituição. Obtenção da avaliação da sessão em muito bom em pelo menos de 50% dos AAD. Para a avaliação da sessão foi ainda realizado um questionário de satisfação da mesma (Apêndice 9).

Quadro 5 - Objetivo 3

Objetivo: Articular com parceiros externos, a realização de sessões de meditação	
Atividades	Meta
Foram contactados os intervenientes, agendamento e calendarização das sessões, apresentação dos recursos necessários para a realização da atividade, monitorização do acesso dos AAD à plataforma online. Foi elaborado um flyer de divulgação das sessões (Apêndice 12).	Obter resposta positiva dos parceiros externos. Realização das sessões.

Quadro 6 - Objetivo 4

Objetivo: Dar a conhecer técnicas de relaxamento	
Atividades	Meta
Realizar 3 sessões de meditação, via online, em parceria com o grupo de voluntários “Heartfulness Portugal.	Obter 30% de participação dos AAD da instituição.

Quadro 7 - Objetivo 5

Objetivo 5: Apresentar aos Diretores técnicos das ERPIs os resultados obtidos	
Atividades	Meta
Apresentar via zoom uma reunião de divulgação dos resultados obtidos com a Direção da ERPI SCMA e convidar as Direções Técnicas das restantes instituições do concelho da Azambuja e Aveiras (Apêndice 13).	Obter 50% de participação na sessão dos Diretores Técnicos das ERPIS do concelho da Azambuja e Aveiras.

Quadro 8 - Objetivo 6

Objetivo: Envolver a equipa da USP no projeto de forma a dar continuidade ao mesmo	
Atividades	Meta
Comunicação dos resultados obtidos e realizar uma proposta de avaliação (Apêndice 14).	Presença da Enfermeira Orientadora e Coordenadora da USP.

3.7. Avaliação

Após as definições das atividades e das respetivas metas surge a próxima etapa, e última, do planeamento em saúde.

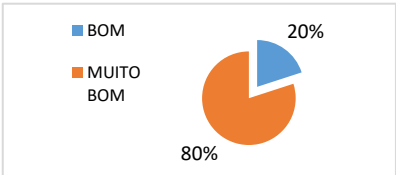
Segundo, Tavares, (1990, p. 205): *“Esta etapa é fundamental para certificar-se que as estratégias implementadas foram adequadas para a concretização dos objetivos que foram traçados. A avaliação determina o sucesso da elaboração de um objetivo “mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”.*

De acordo com Imperatori e Giraldes (1982, pp.127):

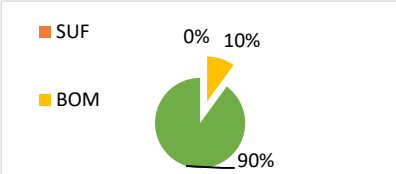
“Avaliar é sempre comparar algo com o modelo ou padrão e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objetivo e o objeto da avaliação. Determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão. Os processos alcançados com as atividades, serão comparados com simultaneamente com a situação inicial e com os objetivos e metas marcadas. Os indicadores são a melhor forma de proceder à avaliação. Será através deles que se conhece a realidade e mede-se os objetivos alcançados. Os indicadores são os dados referentes às variáveis em estudo, definidas por taxas ou rácios que reúnem certas características”.

Indo ao encontro do que refere a literatura, foram calculados e analisados os indicadores de processo e de resultado. Nos quadros seguintes (Quadro 9, 10, 11, 12 e 13) encontram-se a fórmula de cálculo de cada indicador e o respetivo resultado para cada objetivo.

Quadro 9 - Indicadores das atividades do primeiro objetivo específico

Atividade	Indicadores de processo	Indicador de resultado
Sessão - Comunicação	<p>Taxa de presença = $\frac{\text{n}^\circ \text{ participantes}}{\text{n}^\circ \text{ total de AAD na instituição}} \times 100\%$</p> <p>Taxa = $(16/22) \times 100\% = 72\%$</p>	<p>Taxa de satisfação</p>  <p>■ BOM ■ MUITO BOM</p> <p>80% 20%</p>

Quadro 10 - Indicadores das atividades do segundo objetivo específico

Atividade	Indicadores de processo	Indicador de resultado
Sessão - Riscos Psicossociais	<p>Taxa de presença = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes}}{\text{n}^\circ \text{ total de AAD na instituição}} \times 100\%$</p> <p>Taxa presença = $(14/22) \times 100\% = 63\%$</p>	<p>Taxa de satisfação</p>  <p>■ SUF ■ BOM</p> <p>0% 10% 90%</p>

Quadro 11 - Indicadores das atividades do terceiro objetivo específico

Atividade	Indicadores de processo
Realizar 3 sessões de meditação	<p>Taxa de sessões realizadas 100%</p> <p>Taxa de presença = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes}}{\text{n}^\circ \text{ total de AAD na instituição}} \times 100\%$</p> <p>Taxa de presença $(8/22) \times 100\% = 36\%$</p>

Quadro 12 - Indicadores das atividades do quarto objetivo específico

Atividade	Indicadores de processo
Reunião online com os diretores técnicos	<p>Taxa de presença = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes}}{\text{n}^\circ \text{ total de dir. técnicos}} \times 100\%$</p> <p>Taxa de presença = $(8/22) \times 100\% = 36\%$</p>

Quadro 13 - Indicadores das atividades do quinto objetivo específico

Atividade	Indicadores de processo	Indicador de Impacto
Proposta de reavaliação dar (continuidade ao projeto)	Taxa de presença = n° de participantes / n° total x 100% Taxa de presença (2/2) x 100% = 100%	Avaliação semestral dos riscos psicossociais aos AAD de forma a dar continuidade ao projeto.

Pode-se verificar que os resultados obtidos foram satisfatórios perante as metas definidas anteriormente. De forma a dar continuidade ao projeto foi tido em conta a avaliação do impacto do projeto. Aconselhado pelo autor do questionário validado para a população portuguesa (Silva, 2006), a reavaliação e aplicação do mesmo deverá ser feita, no mínimo, semestralmente. Esta reavaliação periódica e constante irá permitir ganhos em saúde, diminuindo episódios de doença e possíveis incapacidades

Foram definidas metas e indicadores para o futuro, tendo sido realizada uma proposta de reavaliação do projeto semestralmente (Apêndice 14). A reavaliação será realizada ou coordenada pela Enfermeira responsável da USP, pois ao ter sido a orientadora deste projeto, é a que detêm maior conhecimento do mesmo.

3.8. Contributos para a prática

Este projeto, como já referido anteriormente, foi elaborado segundo a metodologia do planeamento em saúde. Ao percorrer as várias etapas do planeamento em saúde permitiu obter e desenvolver competências na área de especialidade de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Vários são os aspetos positivos deste projeto, mas, no entanto, o envolvimento dos AAD da instituição e o reconhecimento do trabalho desenvolvido foi bastante gratificante. O envolvimento da equipa da USP foi uma mais-valia no sentido de dar continuidade ao projeto.

A utilização do Modelo da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman foi muito importante, no sentido de organização e estruturação do pensar em enfermagem através da visão de Neuman.

Este projeto pode trazer ganhos em saúde para este grupo de AAD. Futuramente sugere-se a sua continuidade de forma a aumentar ganhos em saúde para estes trabalhadores, que tanto necessitam.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Com o terminar do projeto é pertinente fazer uma reflexão sobre o percurso efetuado ao longo deste tempo. De forma a conseguir fazer uma reflexão sobre o que foi adquirido é necessário relembrar as competências do Enfermeiro Especialista, bem como as do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Pública.

Segundo a OE (2019), os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente à responsabilidade profissional, ética e legal ao longo deste projeto, várias foram as vezes que surgiram questões desta natureza. Para atingir este domínio, foi solicitada autorização à instituição para participar no projeto com aplicação dos questionários. Foi ainda solicitada autorização ao autor do questionário para uso do mesmo. Também neste domínio foi elaborado o consentimento informado e esclarecido a acompanhar o questionário. No questionário que foi fornecido, foi expresso o objetivo da sua utilização e garantido o anonimato da informação recolhida. Na elaboração do relatório foi garantido o anonimato dos participantes do projeto, de forma a garantir a sua privacidade. Para a melhoria contínua e gestão dos cuidados foram realizadas reuniões dinamizadoras entre a USP e as direções técnicas das instituições. Foram ainda comunicados os resultados obtidos e promoveu-se a consciencialização da importância desta problemática. Foi também elaborada uma proposta para a continuidade do projeto.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, este projeto baseou-se em evidência científica efetuada através de uma revisão integrativa da literatura, bem como de pesquisa constante ao longo das várias etapas do projeto. Após o desenvolvimento dos domínios gerais do enfermeiro especialista, chega a altura de refletir sobre a aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública desenvolvidas ao longo do estágio. A primeira competência descrita é a de que o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública *“estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”*.

O projeto iniciou-se com a realização de uma revisão bibliográfica, de modo a direcionar o tema do projeto. Posteriormente, durante o estágio, foi realizado o diagnóstico de situação através da recolha de informação com a aplicação do instrumento de recolha de dados *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*- versão portuguesa. O diagnóstico de situação permitiu identificar problemas e determinar necessidades. Com a realização do diagnóstico de situação, foi adquirida esta unidade de competência.

As unidades de competência “*Estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade*” e “*Formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas*”. Após determinar as necessidades foram definidas as prioridades através da grelha de análise. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman permitiu identificar stressores, selecionar os prioritários e encontrar a intervenção mais adequada face ao diagnóstico de situação e características específicas do grupo. Foram também definidos objetivos e estratégias para os problemas identificados.

Para a unidade de competência “*Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados*”, estabeleceu-se um projeto de intervenção de saúde comunitária, tendo em conta o tempo e os recursos existentes. Implementou-se intervenções para problemas identificados. A avaliação da intervenção foi realizada através dos indicadores de avaliação (processo e resultado). Por outro lado, as estratégias utilizadas foram também avaliadas com recurso a questionários de avaliação da satisfação, sendo adquirida a unidade de competência: “*Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados*”

No que diz respeito à competência “*Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*”, foi através da promoção para a saúde que se realizou essa capacitação, que pode ser observada pelas estratégias e intervenções realizadas. Além do projeto, foi possível também aprofundar essa competência, através da participação de sessões de educação para a saúde e de participação em reuniões com as Direções Técnicas das ERPIs. No que concerne à competência “*Realiza e coopera na vigilância epidemiológica bem como Proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica*”, os vários dias de estágio realizados na USP, permitiram conhecer a plataforma SINAVE, bem como a realização de rastreios de contactos, na vigilância epidemiológica da COVID-19.

Enquanto mestre, foi desenvolvida uma aquisição de desenvolvimento de liderança, comunicação, reflexão crítica e investigação através das várias pesquisas bibliográficas efetuadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente relatório foram descritas as atividades realizadas em contexto de estágio na USP onde decorreu o mesmo. Este estágio teve como grande objetivo a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Como referido ao longo do trabalho, o envelhecimento é uma problemática com um enorme impacto para a sociedade. As alterações decorrentes deste processo de envelhecimento levam à dependência dos idosos e, conseqüentemente, à sua institucionalização. Os cuidados desta população nestas instituições estão dependentes dos AAD. Estes profissionais, no seu dia de trabalho, têm múltiplas funções e um trabalho “pesado” que nem sempre é reconhecido e recompensado. Os riscos psicossociais no trabalho são uma problemática cada vez mais preocupante, a qual é transversal a estes profissionais devido ao tipo de trabalho que executam.

Os resultados obtidos mostraram que os AAD estão de forma geral, expostos a diversos fatores de risco psicossocial no trabalho, nomeadamente a nível da saúde e bem-estar, relações sociais e organização e conteúdo do trabalho. Estes fatores revelam-se importantes não só pela exposição e incómodo, mas também pela sua associação a diversos problemas de saúde que possam afetar estes trabalhadores.

Do conjunto de resultados destacam-se claramente as dimensões da perceção do estado de saúde, as dificuldades em dormir, o *burnout* e as exigências cognitivas e emocionais. Os objetivos deste projeto, bem como as atividades desenvolvidas, foram realizados no sentido de reforçar a linha de defesa do trabalhador para que estes fatores/stressores tenham um impacto menor na saúde do mesmo. A partir da análise do trabalho, destaca-se a importância de compreender as complexas relações entre trabalho e saúde do trabalhador. É essencial a avaliação precoce e constante e o reforço de medidas, a fim de diminuir os fatores psicossociais causadores dos problemas de saúde destes trabalhadores.

Através do desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, pela sua

proximidade à comunidade, possui um papel fundamental na avaliação e prevenção dos riscos que possam prejudicar e diminuir a saúde e bem-estar deste grupo profissional.

O crescimento profissional foi notório. No entanto, é importante compreender que é o início de um novo pensar e agir em Enfermagem, havendo muito para trabalhar e desenvolver nesta área. O desenvolvimento contínuo e a aquisição de novas competências tornam-se elementares para a melhoria dos cuidados de saúde na comunidade, bem como para o desenvolvimento das competências enquanto de enfermeiro especialista e mestre.

A realização deste projeto traduziu-se numa mais-valia, tanto para a formação académica como para a intervenção comunitária, sobretudo na prevenção da doença e promoção da saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [AESST] (s/d). *Riscos psicossociais e stresse no trabalho*.
<https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Agência Europeia para a Segurança no Trabalho [AESST] (2005). Facts nº 6/2005, Bruxelas – Bélgica34.
- Asante, J., Li, M., Liao, J., & Huang, Y. (2019). The relationship between psychosocial risk factors, *burnout* and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4278-8>
- Barbosa, L. M., Noronha, K., Spyrides, M.H., & Araujo, C A (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 34 (02). 391-404. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0004>
- Batista, S. (2019). O Impacto dos Riscos Psicossociais no Trabalho dos Enfermeiros. *Nursing*. <https://www.nursing.pt/o-impacto-dos-riscos-psicossociais-no-trabalho-dos-enfermeiros/>
- Borges, S., Santos, C., Saraiva, A., & Pocinho, M. T. (2018). Avaliação de Fatores de Risco Psicossociais: estudo com docentes do ensino superior. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 4(1), 22-33. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.54>
- Cardoso, C. (2012). *Análise da Capacidade para o Trabalho e dos Fatores Psicossociais em Trabalhadores de Serviços Municipalizados e de Controlo de Tráfego* [Dissertação de mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana]. https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5019/1/Disserta%3%a7%3%a3o_CatarinaCardoso2012.pdf
- Carlotto, M., & Câmara, S. (2017). Psychosocial Risks Associated with Burnout Syndrome Among University Professors. *Avances en Psicología*

<https://doi.org/10.12804/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4036>

Carvalho, G. (2001). *Enfermagem do Trabalho*. Editora Pedagógica e Universitária. ISBN 9788512126906.

Carvalho, B. (2020). *Burnout, Qualidade de vida e Satisfação com o trabalho no Cuidador formal: Um estudo exploratório sobre fatores individuais e contextuais* [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE.

https://repositorio.iscte.iul.pt/bitstream/10071/22193/1/master_bruna_pinheiro_carvalho.pdf

Decreto-Lei n.º 414/99. *Diário da República n.º 241/1999*, Série I-A de 1999-10-15 Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Diniz, M., Melo, B., Neri, K., Casemiro, F., Figueiredo, L., Gaioli, C., & Gratão, A. (2018). Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3789-3798. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>

Direção Geral da saúde [DGS] (2017). *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.

Eurofound (2011). *Temporary Agency Work in The European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Eurofound (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Publications Office of the European Union.

Faria, J., Veiga, P., & Ribeiro J. (2020). Riscos Psicossociais, Saúde e Bem-estar: análise de uma empresa de Cablagem em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 9,1-22. <https://doi.org/10.31252/RPSO.30.05.2020>

Fernandes, C., & Pereira, A. (2015). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50, 1-14. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>

Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lusociência, Lda.

Franklin, P., & Gkiouleka, A. (2021). A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 18, 2453.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052453>
- George, J. et al. (2000). *Teorias de Enfermagem - os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª Ed.). Artmed.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério de Solidariedade, Emprego e Segurança Social [GEP-MSESS] (2016). *Rede de Serviços e Equipamentos*.
<http://www.cartasocial.pt/index2.php~>
- Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo e salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-41.
- Gil, A. (2020). Estruturas residenciais para pessoas idosas. Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. *Cidades Comunidades e Territórios*, 40, 1-25.
<https://journals.openedition.org/cidades/2198>
- Gollac, M., & Bodier, M (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. <http://www.collegerisquespsychosociaux-travail.fr/rapportfinal,fr,8,59.cfm.pdf>
- Granja, M. (2020). *Perceção de Riscos Psicossociais, Coping, Sintomatologia Psicopatológica e Ideação Suicida em Profissionais que trabalham no Contexto da Saúde Mental* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10451/47395>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020, 31 de março). *Projeções de População Residente em Portugal*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2007b). *Manual de processos-chave: estrutura residencial para idosos*. <http://www.segsocial.pt/publicacoeskw=idosos>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017, 25 de setembro). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*.
https://www.segsocial.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb
- International Council of Nurses* (2008). *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Primary Health Care*. International Nurses Day Kit.

- Jukes, M., & Aldridge, J. (2007). *Person- Centred Practices A holistic and integrated approach Chapte: Models for practice Neuman's Systems Model* (1st Ed., pp. 32-50). QuayBooks.
- Kristensen, T., 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 & Health*, 31(6), 438-49. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Lini, E.V., Portella, M.R., & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (6), 1004-1014. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>
- Lima, M. (2010). Envelhecimento(s). *Imprensa da Universidade de Coimbra*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0355>
- Loureiro, L.S.N., Fernandes, M.G.M., Nóbrega, M.M.L., & Rodrigues, R.A.P. (2014). Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (2), 277-232. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0227.pdf>.
- Lowry, L. W., & Aylward, P. D. (2015). Betty neuman's systems model. In M. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (4th ed., pp. 165-184). F. A. D. Company Ed.
- Moncada, S., Llorens, C., & Andrés, R. (2014). *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras, Versión media* (1ª ed.). Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS)- CCOO. [https://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%20\(24-07-2014\).pdf](https://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%20(24-07-2014).pdf)
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos 2018. In Gabinete de Estratégia e Planeamento* (2019). <http://www.gep.mtsss.gov.pt/carta-social>.
- Neto, H., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual sobre riscos psicossociais no trabalho*. Civeri Publishing.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th Ed.). Pearson.
- Oliveira, A., & André, S. (2010). Enfermagem em saúde ocupacional. *Millenium*, 41, 115-122.

<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1230/1/Enfermagem%20em%20Sa%C3%BAde%20Ocupacional.pdf>.

Organização Internacional do Trabalho [OIT] (1986). Genebra.

Observatório Nacional Luta contra a Pobreza (2020). *Pobreza, Isolamento e saúde mental nos idosos: breve retrato Português e riscos no contexto COVID-19*. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Em-Foco-8-Pobreza-isolamento-e-sa%C3%BAde-mental-em-idosos.pdf>

Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão. Linha editorial internacional de apoio aos sistemas de saúde* (1ª ed.). Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Pimentel, M., Pereira, F., & Teixeira, C. (2021). Impacto da covid-19 em idosos institucionalizados em estruturas residenciais para pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 475-488.

Portaria n.º 67/2012 Diário da República n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Pordata (2021, 14 de junho). *População residente: total e por grandes grupos etários (%) Qual a percentagem de jovens, idosos ou pessoas em idade activa?* <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Prada-Ospina, R. (2019). Social psychological factors and their relation to work-related stress as generating effect of burnout. *Interdisciplinaria*, 36(2), 39-53. <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v36n2/1668-7027-interd-36-02-00039.pdf>

Regulamento N.º 140/2019 de 6 de Fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Diário da República II Série, N.º26 (06-02-2019) 4744- 4750 Regulamento N.º 428/2018 de 16 de julho (2018)

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República II Série, N.º135 (16-06-2018) 19354 -19359

Rivera-Rojas, F., Ceballos-Vásquez, P., & González-Palacios, W. (2021). Psychosocial Risks and Job Satisfaction: A Meaningful Relationship for Oncology Workers. *Aquichan*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.1.4>

Rodrigues, C. (2020). *Estudo das propriedades psicométricas do Copenhagen Psychosocial Questionnaire- COPSQ-II* [Tese de doutoramento, Universidade

- São Francisco, Campinas]. USF - Universidade São Francisco.
<https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/427/3997748629022170.pdf>
- Rogers, B. (2011). O Enfermeiro de Saúde no Trabalho. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª Ed.). Lusodidacta.
- Santos, C. (2017). *Capacidad de trabajo y factores de riesgo psicosociales en profesionales de la salud* [Tese de doutoramento, Universidad de Extremadura]. Dehesa, Repositorio Institucional de la Universidad de Extremadura.
https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/6022/1/TDUEX_2017_Santos_CS.pdf
- Santosa, A., Rosengren, A., & Ramasundarahettige, C. et al. (2021). Psychosocial Risk Factors and Cardiovascular Disease and Death in a Population-Based Cohort From 21 Low-, Middle-, and High-Income Countries. *JAMA Network Open*, 4(12), 1-11. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38920>
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-Haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., & Nossa, P. (2006). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire-COPSOQ. Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Análise Exacta - Consultadoria, Formação e Edição de livros.
- Silva, J., Silva, L., & Gontijo, L. (2017). Relationship between psychosocial factors and musculoskeletal disorders in footwear industry workers. *Production*, 27, 1-13. <https://doi.org/10.1590/0103-6513.231516>
- Stella, A. (2013). *Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento*. Factor.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusodidacta.
- World Health Organization [WHO] (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Geneva.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Revisão da literatura

Riscos Psicossociais dos cuidadores formais

Revisão Integrativa da literatura

Autores:

Gonçalves, Susana, Enfermeira estudante de mestrado em Enfermagem Saúde Comunitária e saúde Pública na Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

RESUMO

Os riscos psicossociais no trabalho são consequências de uma série de fatores que ocorrem no local de trabalho, que podem ser definidos como aqueles que ocorrem em contextos laborais, sociais ou ambientes e que têm probabilidade de causar danos psicológicos, sociais ou físicos na saúde dos trabalhadores.

Os riscos psicossociais são um desafio para a Enfermagem, pois exige uma atenção especial na área da prevenção e avaliação.

Objetivo

Identificar os riscos psicossociais mais comuns dos cuidadores.

Método:

O processo de identificação e seleção dos artigos foi realizado no período de novembro e dezembro de 2021. As bases de dados utilizadas no estudo foram: Pubmed, Scielo, B-on, Researchgate, LILACS, DOAJ e Science Direct.

Utilizou-se os seguintes descritores de busca: Psychosocial Risks- Riscos Psicossociais; Formal Caregivers/Formal Helpers/Formal Caretakers- Cuidadores Formais. Foi realizada uma associação do descritor Psychosocial Risks- Riscos Psicossociais com os demais descritores, através do operador booleano AND, em todas as bases de dados.

No entanto, foram selecionados para leitura alguns artigos com data mais antiga, por considerar serem pertinentes para o estudo.

Critérios de inclusão:

Os critérios de inclusão consistiram em artigos originais, de livre acesso, publicados entre os anos de 2017 a 2021 nos idiomas inglês, português e espanhol que atendessem ao objetivo do estudo.

Crêterios de Exclusão:

Os critérios de exclusão incluíram artigos de revisão sistemática, monografias, disserta es, livros e artigos de opinião.

Questão de revisão: Quais os fatores de risco psicossociais mais comuns dos cuidadores formais.

INTRODU O

No que respeita   saúde dos seus trabalhadores, o mundo do trabalho está a passar por novos desafios. Cada vez mais falamos em riscos psicossociais no trabalho. Estes riscos estão diretamente ligados   forma como os seus trabalhadores se sentem no local de trabalho.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2021), uma das questões que apresenta maiores desafios na área da segurança e saúde no trabalho,   a área dos riscos psicossociais e do *stress* ocupacional, pois esta tem um impacto muito significativo na saúde das pessoas, das organiza es e na economia. Cerca de metade dos trabalhadores europeus considera o stress uma situa o comum no local de trabalho, que contribui para cerca de 50% dos dias de trabalho perdidos.

A exposi o a riscos psicossociais pode levar a stress entre os trabalhadores, de forma a influenciar negativamente o seu desempenho e, quando prolongada, pode dar origem a problemas de saúde graves, (Hassard, 2014).

Os locais de trabalho são caracterizados por uma organiza o social particular que inclui rela es interpessoais, hierarquias e diferentes abordagens de gestão. Fatores psicossociais, tais como a forma como o trabalho   organizado, os horários de trabalho, as rela es sociais, o conteúdo do trabalho e a carga de trabalho, podem colocar em risco a saúde psicológica. Os aspetos psicológicos e sociais do trabalho são fatores importantes em todos os locais de trabalho, e o reconhecimento de que esses fatores têm impacto sobre a saúde e o bem-estar de trabalhadores, cresceu nos últimos anos (Hassard,2014).

Com esta revisão da literatura pretende-se identificar quais os riscos psicossociais mais comuns dos cuidadores.

Com o objetivo de sintetizar o conhecimento atual sobre a temática, elaborou-se a seguinte questão de investiga o: “Quais os principais fatores de risco psicossociais dos cuidadores formais evidenciados na literatura?”

METODOLOGIA

Tendo por base a questão de investigação supra mencionada e, tendo em consideração os conhecimentos que se pretendia sintetizar, realizou-se uma revisão da literatura, Utilizou-se os seguintes descritores de busca: *Psychosocial Risks*- Riscos Psicossociais; *Formal Caregivers/Formal Helpers/Formal Caretakers*- Cuidadores Formais. Foi realizada uma associação do descritor *Psychosocial Risks*- Riscos Psicossociais com os demais descritores, através do operador booleano AND, em todas as bases de dados.

No entanto, foram selecionados para leitura alguns artigos com data mais antiga, por considerar serem pertinentes para o estudo.

Crítérios de inclusão:

Os critérios de inclusão consistiram em artigos originais, de livre acesso, publicados entre os anos de 2017 a 2021 nos idiomas inglês, português e espanhol que atendessem ao objetivo do estudo

Crítérios de Exclusão:

Os critérios de exclusão incluíram artigos de opinião, teses, monográficas, artigos de revisão sistemática, livros e e-books, assim como aqueles com data anterior a 2017 e que não atendiam aos objetivos do estudo.

Inicialmente foi realizado o levantamento das necessidades mais evidenciadas na literatura científica através de, primeiramente, da leitura do título, seguido da leitura do resumo e, finalmente, numa fase mais adiantada da seleção dos trabalhos, da leitura integral do artigo selecionados.

RESULTADOS

Em relação à seleção dos artigos, utilizando-se os critérios de inclusão, foram encontrados nas bases de dados 807 artigos, sendo: *PubMed*= 5, *Scielo*= 36, *B-on*= 118; *Researchgate*= 100, *LILACS*= 0, *DOAJ*=3 e *Science Direct*= 545. Após a eliminação dos artigos pelo título, atingiu-se um total de 100 artigos. Após a leitura dos resumos excluíram-se 80 artigos que não condiziam com o objetivo do estudo, obtendo-se um total de 20 artigos para leitura integral. Desses 20 artigos, foram escolhidos 5 artigos, apresentados na tabela 1 e que foram analisados criteriosamente, de modo a perceber os fatores de risco psicossociais mais frequentes.

Quadro 14 - Artigos selecionados para a revisão

Referências Bibliográficas	Tipo de estudo
H., & Coelho, S. (2019). Riscos psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência ao doente crítico. <i>Revista de Enfermagem Referência</i> , 22, 127-138. https://doi.org/10.12707/RIV19018	Estudo quantitativo.
o, P., Magalhães, C., & Carvalho, P. (2019). Riscos Psicossociais e Estresse de Cuidadores de Idosos Institucionalizados. <i>Psicologia Revista</i> , 28(1), 79-101.: https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p79-101	Estudo quantitativo.
L., & Cunha, S. (2019). Condições psicossociais de trabalho em profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados. <i>CESQUA- Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente</i> , 2, 110-131.	Estudo misto.
fave, M., Leal, L., Soares, M., & Henriques, S. (2019). Psychosocial risks related to the nurse in the psychiatric hospital and management strategies. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 72(4), 834-40. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0311	Estudo qualitativo.
edo, M., Gutierrez, D., Darder, J., Silva, R., & Carvalho, M. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. <i>Revista Ciência e Saúde Coletiva</i> , 26(1), 37-46. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020	Estudo qualitativo.

DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram selecionados a partir da literatura 5 artigos: 2 quantitativos, 2 qualitativos e 1 misto, publicados em 2019 e em 2021. Os primeiros dois estudos apresentados de seguida foram realizados em Portugal.

O estudo de Meira e Coelho (2019) teve como objetivo identificar os riscos psicossociais a que estão sujeitos os enfermeiros portugueses que prestam assistência ao doente crítico. Da amostra fizeram parte 61 enfermeiros que executavam funções na emergência pré-hospitalar (n = 6), serviços de urgência (n = 20) e unidades de cuidados intensivos (n = 35), a norte de Portugal. Como instrumento de recolha de dados, os autores utilizaram o Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ II - Versão Média) de Silva et al. (2014), traduzido e validado para a população portuguesa. Os resultados mostraram que nesta população, existiam níveis elevados de exposição a situações de risco no local de trabalho, nomeadamente no que dizia respeito às dimensões relativas às Exigências cognitivas (97%), Exigências emocionais (88%),

Apoio social de superiores (69%) e Conflito trabalho-família (61%). Face aos resultados, os autores inferiram que os riscos psicossociais estão presentes no contexto de prestação de cuidados ao doente crítico, em dimensões que se associam às exigências cognitivas, exigências emocionais, apoio social de superiores e conflito trabalho-família.

Neto e Cunha (2019), realizaram um estudo empírico com o objetivo de perceber o tipo de condições psicossociais de trabalho a que se encontravam expostos enfermeiros e auxiliares de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados. Neste estudo, foi utilizado o Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ II - Versão Média) de Silva et al. (2014), assim como o Questionário de Caracterização das Condições Psicossociais de Trabalho (Neto, 2013). Da amostra fizeram parte 22 colaboradores, 13 enfermeiros e 9 auxiliares. Os resultados mostraram que embora estes profissionais conseguissem dar resposta à carga de trabalho a que estavam sujeitos, o ritmo de trabalho era exigente e representava um risco efetivo para a saúde dos enfermeiros e auxiliares. Ambas as atividades eram muito exigentes do ponto de vista emocional e/ou cognitivo, sendo considerada neste estudo como a situação mais frequentemente sentida como stressante. Não foram verificados indícios de comportamentos ofensivos, uma vez que 100% dos enfermeiros e 100% dos auxiliares referiram nunca ter sido alvo de insultos ou provocações e nunca estiveram expostos a assédio sexual, expostos a violência ou ameaças de violência. No entanto, em relação ao stress, apenas 11% dos enfermeiros encontrava-se numa situação de risco alto para a saúde e 8% encontrava-se em risco elevado de desenvolver síndrome de *Burnout*. Em relação aos auxiliares, apresentaram uma taxa superior de stress, uma vez que uma vez que 22% se encontrava numa situação de risco elevado e, 44% em risco elevado de desenvolver síndrome de *Burnout*. De acordo com os autores, esta diferença poderia ser explicada pelo facto de a equipa de auxiliares ser em média mais velha do que a equipa de enfermeiros, e portanto, uma grande percentagem das mesmas era casada e com filhos, dedicando mais tempo a atividades domésticas.

Carraro et al. (2019), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os riscos psicossociais e stress de cuidadores formais de idosos que atuavam em Instituições de Longa Permanência para o Idoso. Da amostra fizeram parte 33 cuidadores formais de ambos os sexos, de duas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), com mais de 12 meses de atividade laboral na instituição. Para verificar os riscos

psicossociais, utilizaram o Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais do Trabalho (PROART) de Facas (2013). Os resultados mostraram que as mulheres foram as que mais se queixaram acerca de problemas no trabalho, identificaram o estilo de gestão como realizador e, sobre o sofrimento patogénico, perceberam-se com sentimento de inutilidade. Os homens, por sua vez, perceberam-se como mais stressados, apresentaram um risco alto da organização prescrita do trabalho; entenderam o estilo de gestão como normativo, individualista e/ou colectivista; sentiram-se indignados e/ou desqualificados e apresentaram problemas psicológicos, sociais e/ou físicos.

Scozzafave et al. (2019) realizaram um estudo com o objetivo de identificar riscos psicossociais relacionados ao trabalho em 25 enfermeiros trabalhadores de um hospital psiquiátrico (regime internamento) e as estratégias de gestão desses riscos. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa desenvolvida com entrevistas semiestruturadas. Os resultados mostraram problemas psicossociais relacionados ao trabalho dos enfermeiros com doentes psiquiátricos em regime de internamento, como formação insuficiente; falta de preparação e manutenção de equipamentos; fraco relacionamento com colegas; escassez de recursos humanos e falta de qualificações; e conflito entre exigências do lar, do trabalho e estratégias de gestão dos riscos psicossociais, como recorrer à família, ao cinema, à música, à leitura etc.

Scozzafave et al. (2019) elaboraram um estudo com o objetivo de analisar as características e os desafios vivenciados pelos cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em 6 cidades brasileiras, com cuidadores formais de idosos dependentes. A análise e a interpretação das entrevistas levaram à formulação de três categorias temáticas: Condições de trabalho e de saúde do cuidador formal; Perfil e modos de cuidar; e Desafios para cuidar. Evidenciou-se a precariedade do vínculo contratual e profissional dos cuidadores participantes do estudo, considerando que 17 (62,9%) cuidavam do idoso dependente e realizavam as demais atividades domésticas, além disto, 03 (11,1%) ajudavam em alguns afazeres do lar relacionados com a pessoa idosa, e apenas 07 (26%) cuidadores formais dedicava-se exclusivamente ao cuidado da pessoa idosa. Nesta mesma categoria temática também foram evidenciadas as condições de saúde dos cuidadores, com ênfase no desgaste na atividade quotidiana de atendimento ao idoso dependente que se somam a outras tarefas domésticas. Os relatos mencionaram prioritariamente, alterações de humor, depressão e esgotamento. No entanto, também foi verificado que alguns entrevistados avaliaram a sua situação de forma positiva, de maneira resiliente ao

expressarem a necessidade de ter paciência e de aceitar a situação como uma missão. A maioria dos participantes do estudo relatou que suas tarefas diárias extrapolavam os cuidados dos idosos dependentes, ficando responsáveis pela limpeza da casa e alimentação da família como um todo.

CONCLUSÃO

Os participantes dos estudos analisados são enfermeiros e auxiliares afetos ao cuidado do utente em contexto hospitalar e cuidadores formais de idosos ao domicílio e institucionalizados. Todos estes artigos, apesar de realizados em contextos diferentes, têm aspetos em comum. Em todos eles, foi verificada a presença de riscos psicossociais nos cuidadores. Esses riscos psicossociais relacionam-se com os seguintes fatores: exigências cognitivas, exigências emocionais, falta de apoio social de superiores, fraco relacionamento com os colegas, dificuldade em conciliar o trabalho e a vida familiar, o ritmo de trabalho exigente, o estilo de gestão, as condições físicas de trabalho, a precariedade do vínculo contratual e a falta de formação.

No entanto, num dos artigos foram identificadas estratégias dos cuidadores para lidarem com esses riscos, como o apoio familiar e a participação em atividades de lazer. Num outro estudo, os participantes manifestaram resiliência ao expressarem a necessidade de ter paciência e de aceitar a situação como uma missão.

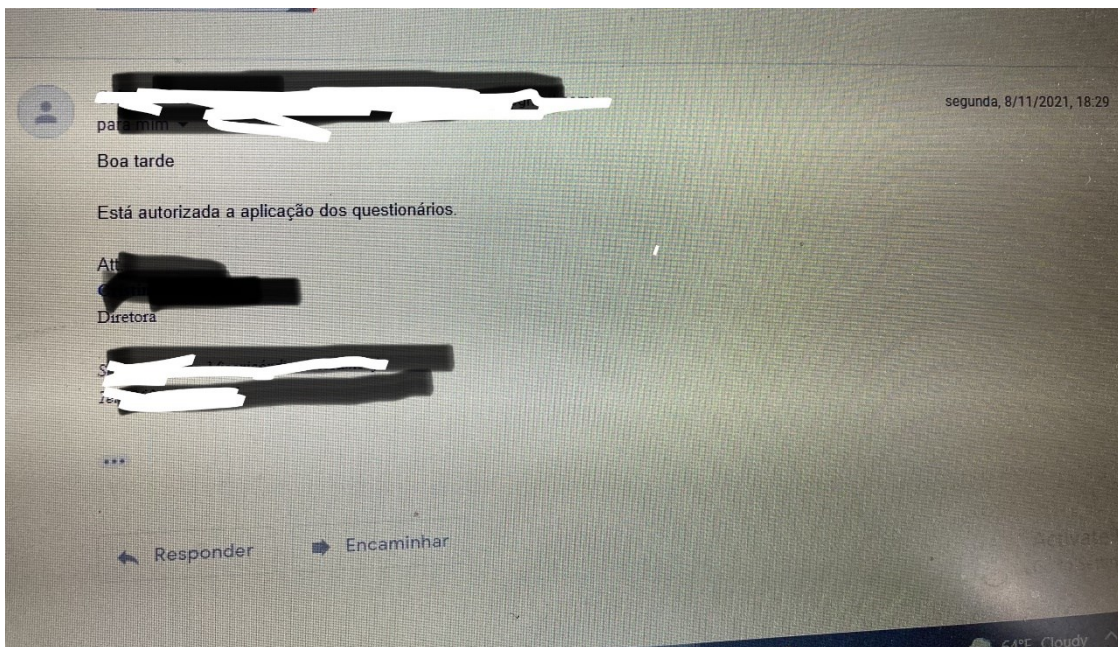
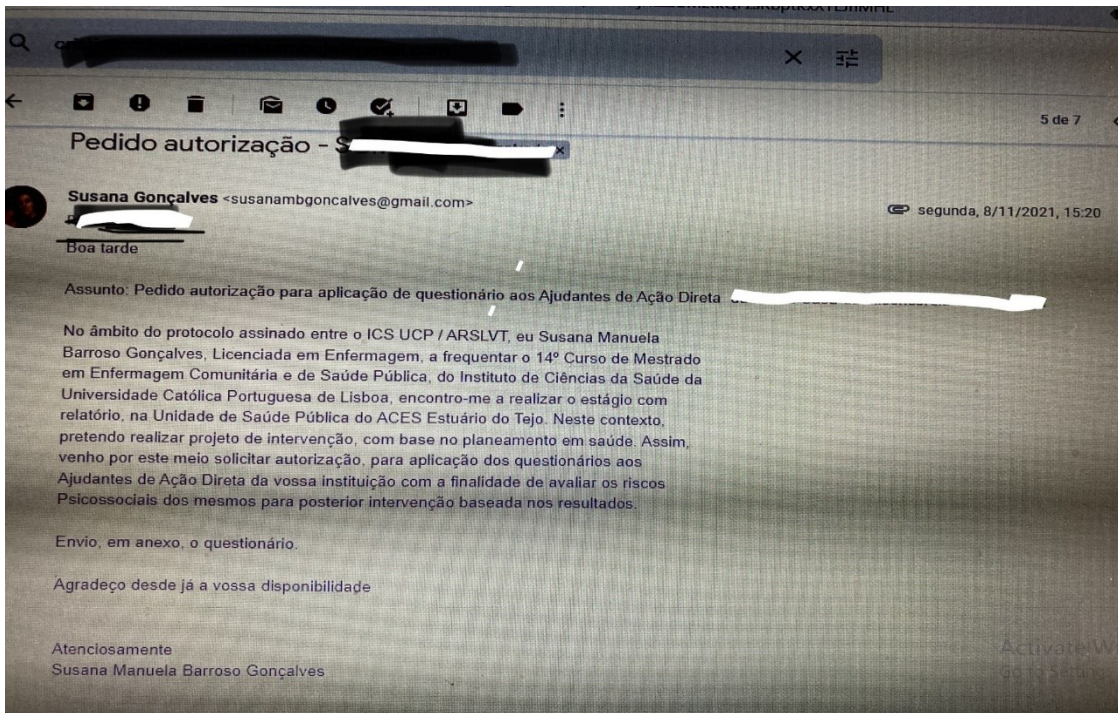
Além disso, foi possível verificar que os homens percecionaram-se como mais stressados em relação às mulheres e que os auxiliares apresentaram um nível mais elevado de stress em relação aos enfermeiros, o que pode ser explicado por fatores relacionados com variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, nº. de filhos). Os resultados permitiram concluir que a atividade de cuidar é complexa e exigente, quer a nível cognitivo como emocional, requer um ritmo de trabalho frequentemente intenso, causando conflitos na conciliação com a vida pessoal e familiar. Por conseguinte, é importante ter um bom apoio por parte dos chefes, um bom relacionamento com os colegas e uma boa gestão. Além disso, as condições físicas de trabalho devem estar asseguradas, assim como o vínculo contratual e a formação para trabalhar adequadamente.

Um dos aspetos mais destacados nesta revisão é que a identificação dos riscos psicossociais a que estão expostos estes trabalhadores é importante, sendo que estes não devem ser negligenciados de forma alguma, já que podem ter consequências muito negativas na saúde física e mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caçote, C., & Faria, L. (2016). Vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida nos cuidadores formais. *Psique*, 7, 49-61.
- Carraro, P., Magalhães, C., & Carvalho, P. (2019). Riscos Psicossociais e Estresse de Cuidadores de Idosos Institucionalizados. *Psicologia Revista*, 28(1), 79-101.: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p79-101>
- Coutinho, H., Queirós, C., Henriques, A., Norton, P., & Alves, E. (2018). Work-related determinants of psychosocial risk factors among employees in the hospital setting. *Work*, 61(4), 551-560. <https://doi.org/10.3233/WOR-182825>.
- Diameta, E., Adandom, I., Jumbo, S., Nwankwo, H., Obi, P., & Kalu, M. (2018). *SAGE Open Nursing*, 4, 1-10. <https://doi.org/doi/10.1177/2377960818785155#>
- Figueiredo, M., Gutierrez, D., Darder, J., Silva, R., & Carvalho, M. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 26(1), 37-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>
- Giménez-Espert, M., Prado-Gascó, V., & Soto-Rubio, A. (2020). Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 566896 (8). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.566896>
- Giurgiu, D.I., Jeoffrion, C., Roland-Lévy, C. et al. (2016). Wellbeing and occupational risk perception among health care workers: a multicenter study in Morocco and France. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11, 20. <https://doi.org/10.1186/s12995-016-0110-0>
- Guissi, P., Pinho, M., Vieira, I., Neto, F., Martins, D., Bandini, M., & de-Lucca, S. (2019). Psychosocial factors at work and stress among the nursing staff of a central sterile services department. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(4), 499-505. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190453>
- Hassard, J., Teoh, K., Cox, T. Dewe, P., Cosmar, M., Gründler, R., Flemming, D. Cosemans, B. & Broek, K. V. (2014). Calculating the costs of workrelated stress and psychosocial risks. (Relatório nº TE-WE-14-003-EN- Mestrado em Marketing e Comunicação 79 N). Disponível em <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c8328fa1-519b-4f29-aa7b-fd80cffc18cb/language-en>

Apêndice 2 - Pedido de autorização à Instituição



Apêndice 3 - Caracterização Sociodemográfica

Caro Ajudante de Ação Direta, os questionários que se seguem, tem como objetivo primordial avaliar os riscos psicossociais associados à sua profissão, de forma a atuar na sua prevenção.

O documento está elaborado em duas fases; a primeira pela identificação dos seus dados sociodemográficos e a segunda parte por questionário de avaliação dos riscos Psicossociais.

A sua colaboração é fundamental para o sucesso deste projeto. Será de extrema importância que as respostas coincidam o mais possível com a realidade da instituição, para que a análise dos dados possa traduzir com rigor os resultados encontrados.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

(Assinale por favor com um x a resposta que lhe parece mais conveniente)

1. **Sexo:** Feminino _____
Masculino _____

2. **Idade:** _____

3. **Nível de Escolaridade**

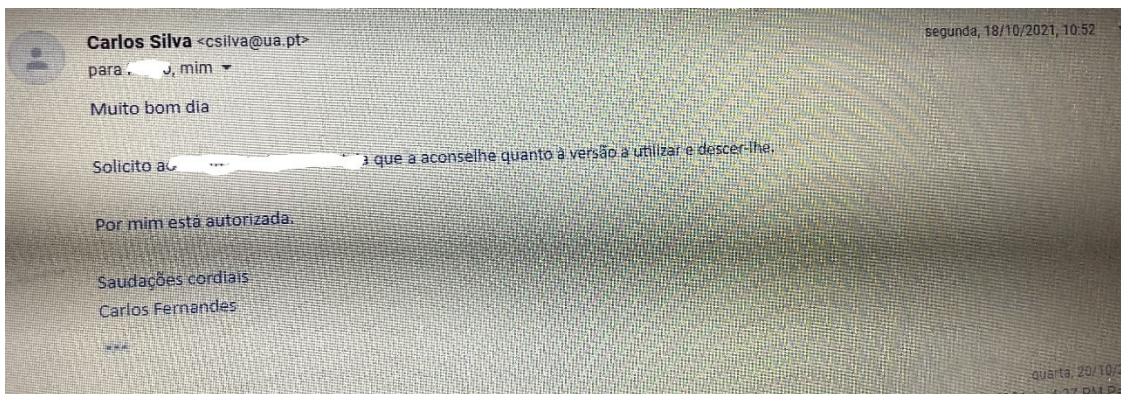
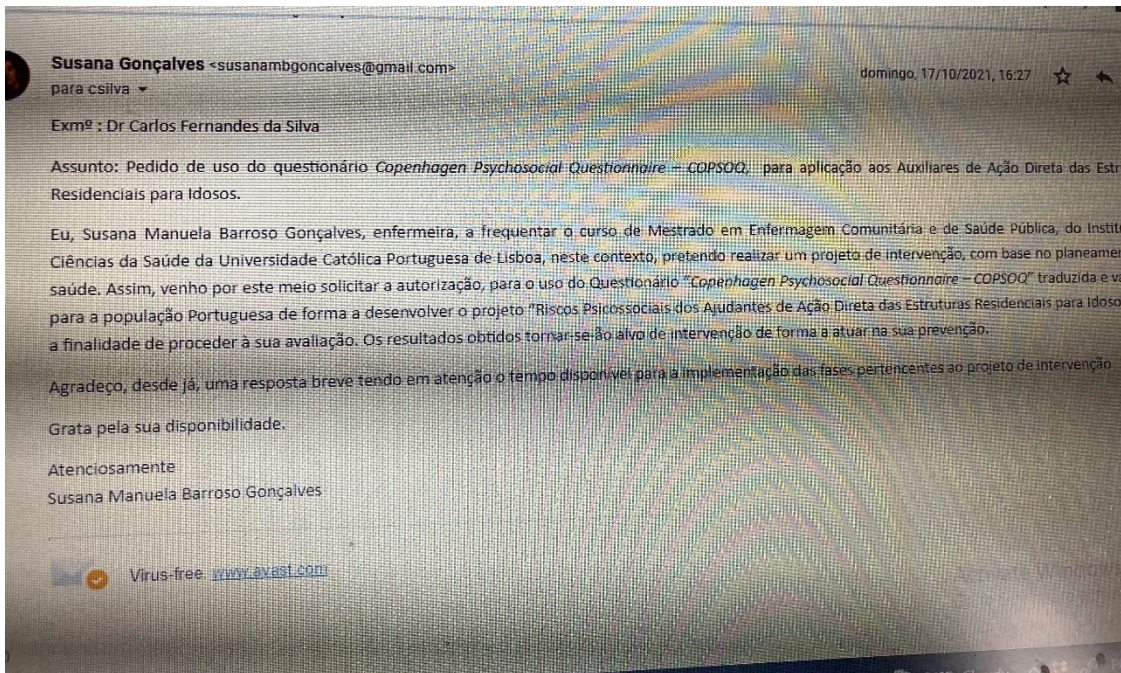
- 1ºCiclo _____
- 2ºCiclo _____
- 3ºCiclo _____
- Ensino Superior _____
- Outro Qual? _____

4 -**Há quantos anos trabalha nesta profissão**

Instituição

- Menos de 1 ano _____
- 1 a 5 anos _____
- 5 a 10 anos _____
- Mais de 10 anos _____

Apêndice 4 - Pedido de autorização para utilização do questionário



Apêndice 5 - Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Susana Manuela Barroso Gonçalves, enfermeira e estudante do curso de Mestrado em Enfermagem na área de enfermagem comunitária e de saúde pública no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, a realizar estágio no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, na USP ACES Estuário do Tejo, sob orientação da Sr.^a Enfermeira Vera Maximiano, pretendo realizar um projeto com vista à prevenção dos Riscos Psicossociais dos Ajudantes de Ação Direta. Nesse sentido, venho solicitar a sua colaboração para responder a um questionário que tem como objetivo avaliar os riscos psicossociais destes trabalhadores.

Ao longo deste trabalho serão cumpridos os procedimentos éticos, assegurando a confidencialidade bem como anonimato da informação recolhida, que será utilizada, apenas, para fins académicos.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado e que estou à sua inteira disposição para os esclarecimentos que considerar necessários.

Se considerar esta informação correta e aceitar participar voluntariamente, solicita-se o favor de assinar este documento que posteriormente, será assinado por mim. Agradeço desde já a sua colaboração.

Eu, _____, tomei conhecimento dos objetivos do questionário e aceito participar de livre vontade.

Data _____, _____ de _____ de _____

Apêndice 6 - Resultados do Instrumento de recolha de dados

ID	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	ANOS PROFISSÃO	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37	Q38	Q39		
1	1	47	3	4	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	4	3	5	5	5	2	5	4	5	5	2	3	3	3	4	3	4	4	4	2	2	2	4	4	4						
2	1	39	5	3	1	1	2	3	5	5	3	5	3	1	4	5	5	5	5	2	5	4	5	5	5	5	2	4	3	2	5	5	5	5	3	4	5	5	5						
3	1	35	3	3	2	1	1	3	5	3	2	4	3	1	2	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	2	3	3	5	5	5	4	5	4	5	4	4						
4	1	59	3	4	3	2	3	3	5	3	4	5	2	1	1	2	5	2	3	2	2	3	5	5	3	4	4	5	4	4	3	2	2	4	4	4	3	3	4						
5	1	46	5	4	3	3	3	2	5	3	3	5	3	2	3	4	4	5	5	3	4	5	5	5	3	3	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5					
6	1	51	5	3	3	3	3	2	5	3	4	5	3	1	1	5	4	5	4	1	2	5	5	5	1	2	3	4	4	4	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3					
7	1	51	3	3	4	1	3	3	5	3	5	5	3	1	3	5	5	5	3	3	3	2	5	5	1	5	3	5	3	3	5	5	1	2	2	5	4	3							
8	1	57	5	4	3	3	3	2	5	3	3	2	4	1	3	3	2	3	3	4	4	5	5	5	1	2	3	3	3	2	3	2	1	2	3	3	4	4							
9	1	48	3	3	3	1	3	3	5	3	3	4	3	1	3	4	4	5	5	3	4	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	4	3	3						
10	1	54	2	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	1	5	5	5	4	5	5	3	4	5	5	3	5	3	5	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2						
11	1	46	5	4	3	2	3	4	5	3	3	5	4	1	2	4	5	5	5	3	4	4	5	5	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4	2	3	3								
12	1	41	3	4	1	2	2	4	5	4	3	5	4	1	2	2	5	4	5	4	3	4	5	5	2	3	3	2	3	3	5	5	4	2	1	1	5	5	2						
13	1	45	1	2	3	3	4	2	5	2	2	4	4	2	2	5	5	5	2	1	5	4	5	5	5	5	5	4	2	2	4	4	4	5	5	5	5	5							
14	1	48	3	3	3	2	3	4	5	4	4	4	3	1	1	1	4	4	4	2	4	5	5	5	3	4	4	3	4	2	4	2	2	1	1	1	4	3	4						

ID	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	ANOS PROFISSÃO	Q40	Q41	Q42	Q43	Q44	Q45	Q46	Q47	Q48	Q49	Q50	Q51	Q52	Q53	Q54	Q55	Q56	Q57	Q58	Q59	Q60	Q61	Q62	Q63	Q64	Q65	Q66	Q67	Q68	Q69	Q70	Q71	Q72	Q73	Q74	Q75	Q76				
1	1	47	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	5	5	5	55	4	3	3	3	3	3	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4					
2	1	39	5	3	1	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	3	2	3	5	4	5	4	5	2	2	2	2	4	5	4	3	3	1	2	1	1								
3	1	35	3	3	1	1	5	5	4	2	4	3	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	1	3	1	1	2	2	3	2	1	4	1	1									
4	1	59	3	4	5	4	2	3	4	2	1	3	1	3	3	5	5	4	3	4	3	2	2	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	3	2	1	3								
5	1	46	5	4	3	2	3	3	4	3	3	4	3	4	3	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3								
6	1	51	5	3	5	5	2	2	2	4	2	2	2	4	2	5	5	5	4	4	3	3	2	2	3	4	4	4	5	2	2	4	4	3	3	3	2								
7	1	51	3	3	1	1	1	5	3	4	2	2	3	5	5	5	5	1	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	5	5	4	5	5	5	5	5									
8	1	57	5	4	3	3	2	2	3	4	3	1	4	3	3	5	5	5	3	3	3	4	3	4	1	4	4	4	3	2	3	4	3	4	3	2	1								
9	1	48	3	3	1	1	1	5	5	3	3	2	3	4	4	5	5	5	5	5	4	3	4	5	3	3	3	3	5	5	5	4	5	1	3	1	1								
10	1	54	2	4	2	2	5	5	5	2	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5	3	1	4	3	3	3	5	5	5	5	3	3	3	2								
11	1	46	5	4	2	3	2	3	3	2	3	2	4	4	5	5	4	4	3	5	4	3	5	4	3	3	3	4	1	1	3	2	3	2	1	2									
12	1	41	3	4	3	3	2	4	3	4	3	4	3	4	4	4	5	4	4	5	3	3	4	4	3	4	3	4	4	2	2	3	3	3	3	2	2								
13	1	45	1	2	3	3	3	4	5	5	5	4	3	4	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	3								
14	1	48	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	5	4	5	5	4	3	4	4	4	3	3	2	4	3	4	3	3	2	4	3	3	2	2	3								

Apêndice 7 - Plano da sessão de educação para a saúde sobre comunicação

Módulo	Comunicação
Tema da sessão	Comunicação interpessoal
População	Ajudantes de Ação Direta
Local	
Data	25 de novembro de 2021

PLANO DE SESSÃO

Objetivo Geral	Capacitar os formandos para a importância da comunicação interpessoal
-----------------------	---

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Didáticos	Duração
Identificar os elementos que compõem o sistema de comunicação interpessoal	Importância da comunicação interpessoal;	Expositiva	Computador com acesso à Internet	60 min
Analisar e refletir sobre situações práticas de comunicação interpessoal	Saber escutar	Demonstrativa	Videoprojector	
Desenvolver competências e princípios de escuta-ativa;	Barreiras da comunicação Exercício prático; Dinâmica do telefone estragado	Diálogo com os formandos		

Apêndice 8 - Apresentação PPT sobre comunicação

COMUNICAÇÃO



Formador: Enfª Susana Gonçalves
Enfª Coordenadora: Vera Maximiano

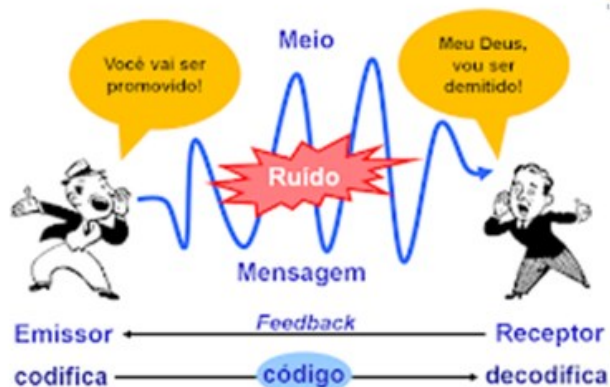
ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021

Sumário

- Elementos da comunicação
- Tipos de comunicação
- A importância dos 5 sentidos na comunicação
- Formas de Melhorar a comunicação
- Dinâmica do grupo

ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021

Elementos da Comunicação



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021

Comunicação verbal: uso da palavra, *por ex*, a linguagem oral ou escrita.

Comunicação não verbal: não utiliza a palavra, *por ex*, a comunicação corporal, gestual...



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021

70% da nossa comunicação é **Não verbal**

ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021



A importância dos 5 sentidos na comunicação



Os 5 sentidos são responsáveis pela **leitura que fazemos** do que está ao nosso redor e pela **comunicação com o mundo exterior**.

Quando as experiências sensoriais são agradáveis, ou não “agredem” os sentidos, a **comunicação é facilitada!**

Evitar sempre “agredir” os 5 sentidos da outra pessoa...



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021



Será que comunicamos connosco?



Tipos de Comunicação

Intrapessoal (o diálogo interior)



O diálogo interior, ou comunicação intrapessoal afeta a motivação e o comportamento.



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021



Como melhorar a comunicação



- ✓ **Mensagem deve ser bem explicada** - Perceções diferentes - A mensagem deve ser explicada
- ✓ **Linguagem simples clara e direta**
- ✓ **Eliminar o ruído**
- ✓ **Estar atento às reações emocionais** (raiva, medo amor, vergonha) - aceitar como fazem parte do processo de comunicação
- ✓ **Confiança na equipa**
- ✓ **Saiba ouvir atentamente**
- ✓ **Conheça o recetor**

ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021



“Quem conta um conto acrescenta sempre um ponto!”



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021



DINÂMICA DE GRUPO



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, OUTUBRO DE 2021

Apêndice 9 - Questionário de satisfação da sessão educativa



Ação de formação:	
Data:	
Formadora	Susana Gonçalves

Avaliação do Processo Formativo

De acordo com a pontuação qualitativa, faça a sua avaliação das sessões formativas

	Muito fraco	Fraco	Suficiente	Bom	Muito Bom
A. Organização da ação de formação					
Relevância dos temas abordados					
Adequação da duração da ação de formação					
B. Vantagens Profissionais					
Correspondência entre os conteúdos da formação e as suas expectativas.					
Aplicação, na sua profissão, dos conteúdos da formação.					
C. Desempenho do Formador					
Capacidade para motivar os formandos					
Exposição dos conteúdos					
Disponibilidade para esclarecer as questões colocadas pelos formandos					
Apreciação Global da Ação de Formação					

Sugestões:

Assinatura (facultativa)

Apêndice 10 - Plano da sessão de educação para a saúde sobre riscos psicossociais



PLANO DE SESSÃO

Tema da sessão	Riscos psicossociais
População	Ajudantes de Ação Direta
Local	
Data	23 e novembro de 2021

Objetivo Geral	Capacitar os formandos para o reconhecimento de fatores de risco psicossociais
-----------------------	--

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Didáticos	Duração
<p>Identificar os fatores psicossociais que influenciam trabalho, nomeadamente individuais, grupais e organizacionais;</p> <ul style="list-style-type: none">• Descrever possíveis alterações e fatores ao nível da organização do trabalho e do indivíduo• Caracterizar o processo de avaliação e efeitos dos riscos psicossociais para a saúde	<p>Apresentação</p> <p>Definição de riscos psicossociais</p> <p>Fatores de risco</p> <p>Efeitos dos Riscos Psicossociais na Saúde</p> <p>Avaliação do risco psicossocial</p> <p>Atividade : quebra-gelo</p>	<p>Expositiva</p> <p>Demonstrativa</p> <p>Diálogo com os formandos</p>	<p>PC e acesso à Internet</p> <p>Videoprojetor</p>	60 Min

Apêndice 11 - Sessão de educação para a saúde sobre riscos psicossociais (PPT)

RISCOS PSICOSSOCIAIS



Enfermeira aluna : Enfª Susana Gonçalves
Enfª Coordenadora: Vera Maximiano

ACES ESTUÁRIO DO TEJO- USP, NOVEMBRO DE 2023

Sumário

- ❑ O que são riscos psicossociais
- ❑ Riscos psicossociais no trabalho
- ❑ Como reduzir esses riscos
- ❑ Dinâmica de grupo

ACES ESTUÁRIO DO TEJO- USP, NOVEMBRO DE 2023

O que são riscos Psicossociais?

São riscos para a saúde psicológica dos trabalhadores provocados pelas alterações que ocorrem, diretamente relacionadas com a **organização do trabalho**, com o **tipo de tarefa a executar** e com o **ambiente social vivenciado no local de trabalho**

Os Riscos psicossociais podem promover ou prejudicar a atividade laboral e a qualidade de vida dos trabalhadores.

Fatores positivos beneficiam o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores

Fatores negativos prejudicam o trabalhador.



ACES ESTUÁRIO DO TEJO- USP, NOVEMBRO DE 2023



Riscos Psicossociais



Risco profissional é a combinação da probabilidade de ocorrência de um efeito adverso na saúde do trabalhador e a gravidade do dano no trabalhador.

ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2023



Riscos Psicossociais



Os riscos psicossociais relacionados com o trabalho são identificados como uma grande ameaça para a saúde e segurança dos trabalhadores

ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2023



Categorias dos fatores de risco psicossocial



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2023



Fatores de riscos psicossociais



1 - NATUREZA, CONTEÚDO E CARGA DE TRABALHO

- Monotonia do trabalho
- Repetitividade de tarefas
- Intensidade do ritmo trabalho
- Exigência do trabalho
- Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho
- Inadequação de competências
- Objetivos irrealistas



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2021



Fatores de riscos psicossociais



2- CONDIÇÕES, ORGANIZAÇÃO E TEMPO DE TRABALHO

- Condições inadequadas do ambiente de trabalho
- Falta de requisitos do equipamento de trabalho
- Constringimentos no tempo de trabalho
- Turnos
- Horário noturno



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2021



Fatores de riscos psicossociais



3 - CONTEXTOS SÓCIO RELACIONAIS DO TRABALHO

- Falta de suporte (ou apoio) social
- Conflitos laborais
- Relações de poder e liderança disruptivas



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2021



Quais são os fatores de riscos psicossociais



4- RELAÇÃO TRABALHO / VIDA

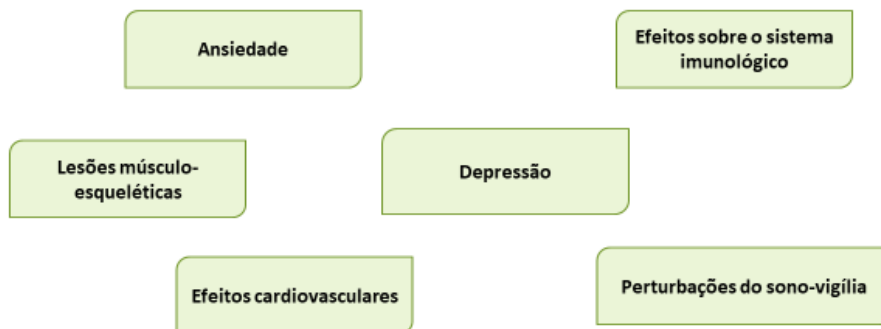
- Conflito “trabalho-família”
- Insegurança no emprego –



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2023



Consequência dos fatores negativos



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2023



Consequências Fatores positivos



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2023

Consequências dos Riscos Psicossociais

Os fatores de risco psicossociais provocam danos nos trabalhadores.

Desmotivação

Absentismo

Stress

Uma exposição simultânea a vários fatores de risco psicossocial pode **potenciar consequências adversas na saúde**

É necessário estar atento, avaliar os riscos para que possam ser corrigidos

ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2021

Efeitos do stress



ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2021

O que fazer para reduzir estes riscos?

Adoção de medidas preventivas

Medidas centradas em situações laborais

- Reorganização de conteúdos funcionais
- Alteração ergonómica dos postos de trabalho
- Participação e consulta dos trabalhadores e dos seus representantes

ACES ESTUÁRIO DO TEJO - USP, NOVEMBRO DE 2021



O que fazer para reduzir estes riscos?



Medidas centrada no trabalhador: gestão de stress gestão de conflitos

- Aprender a gerir o tempo e a delegar tarefas
- Diminuir a “mania da perfeição”
- Fazer pequenas pausas no trabalho
- Dormir bem
- Comer de forma saudável
- Conversar

ACES ESTUÁRIO DO TEJO- USP, NOVEMBRO DE 2021



O que fazer para reduzir estes riscos ?



Proteção/reabilitação centrada nas consequências

- Quando já não é possível agir ao nível da prevenção, é necessário avaliar as consequências e proteger os colaboradores das mesmas.
- Encaminhamento do trabalhador...**Procurar ajuda diferenciada**

ACES ESTUÁRIO DO TEJO- USP, NOVEMBRO DE 2021

Dinâmica do grupo



DINÂMICA DE GRUPO

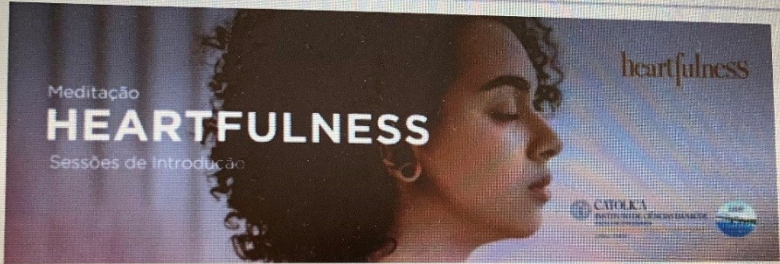


ACES ESTUÁRIO DO TEJO- USP, NOVEMBRO DE 2021



Apêndice 12 - *Flyer* de divulgação das sessões de meditação

2 de 5



Meditação
HEARTFULNESS
Sessões de Introdução

CIPOLKA
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Convite para participar em 3 sessões práticas de meditação Heartfulness

O Heartfulness é uma prática simples e bonita de meditação que nos conecta com o nosso coração, com a nossa essência, com o nosso Eu Maior. A meditação Heartfulness ajuda-nos a sintonizar com o coração, o que nos leva a desenvolver a capacidade de permanecermos equilibrados em todos os momentos, acedermos a maior intuição e sabedoria, e orientar-nos para nos tornarmos quem devemos ser.

Convidamos-te a conheceres o Heartfulness através da experiência. Nos dias 30 de Novembro, 2 e 3 de Dezembro (3ª, 4ª e 5ªF), das 14h30 às 16h, iremos realizar 3 sessões de introdução às práticas de Heartfulness, onde apresentaremos uma prática por dia. Caso tenhas interesse em participar em todas as três sessões, podes inscrever-te através deste pequeno formulário: <https://bit.ly/hfn-intro>.

O Heartfulness é uma organização mundial sem fins lucrativos, dedicada a promover práticas meditativas simples e centradas no coração, e com vista à construção de um mundo melhor. A prática da meditação Heartfulness com um formador certificado é SEMPRE gratuita. É um presente para o mundo.

Heartfulness Portugal | Site: <https://heartfulness.pt/> | Email: pt.secretary@heartfulness.org

64°F Mostly sunny

Apêndice 13 - Sessão de comunicação dos resultados obtidos

Universidade Católica Portuguesa

Curso de Mestrado e Especialização em Saúde Comunitária e Pública

ACES Estuário do Tejo - Unidade de Saúde Pública

Projeto de intervenção tema : Riscos Psicossociais – Avaliação e Prevenção

Enfª Susana Gonçalves
Enfª Coordenadora: Vera Maximiano

Dezembro de 2021

Sumário

- Projeto da USP
- Projeto de intervenção tema : Riscos Psicossociais – Avaliação e Prevenção
- Apresentação dos resultados dos questionários
- Problemas identificados
- Intervenções desenvolvidas
- Considerações finais

Dezembro de 2021

Diagnóstico de situação

Projeto da USP

Projeto de Vigilância Sanitária nos estabelecimentos de apoio social

- Durante a pandemia e devido ao acréscimo de problemas associados a esta instituição este programa teve uma maior importância .
- O desgaste dos profissionais eram um relato constante durante as reuniões quinzenais.



PAPI - Projeto de apoio psicossocial para os profissionais de instituições de apoio social aos Idosos

Estágio final - dezembro de 2021

População

Todos os auxiliares de ação Direta da Instituição

Amostra

Amostra aleatória não probabilística por conveniência

Critérios de inclusão:

- Todos os AAD que aceitaram participar no estudo naquele momento n=14

Dezembro de 2021

Instrumento de Recolha de dados

Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II versão Média

Validado para a população portuguesa (Silva, 2006)

Utilizado após autorização do autor



janeiro de 22

Estágio final - dezembro de 2021

Resultados

Caracterização da amostra

	Min/Max	Média/Dp
Idade	35-59	47,6 (6,7)
	n	%
Sexo		
Masculino	0	0,0
Feminino	14	100,0
Habilitações Académicas		
1º Ciclo	1	7,1
2º Ciclo	1	7,1
3º Ciclo	7	50,0
Ens. Superior	0	0,0
Outro	5	35,7
Nr anos que trabalha na Instituição		
< 1 ano	0	0,0
1 a 4 anos	1	7,1
5 a 10 anos	6	42,9
≥ 10 anos	7	50,0

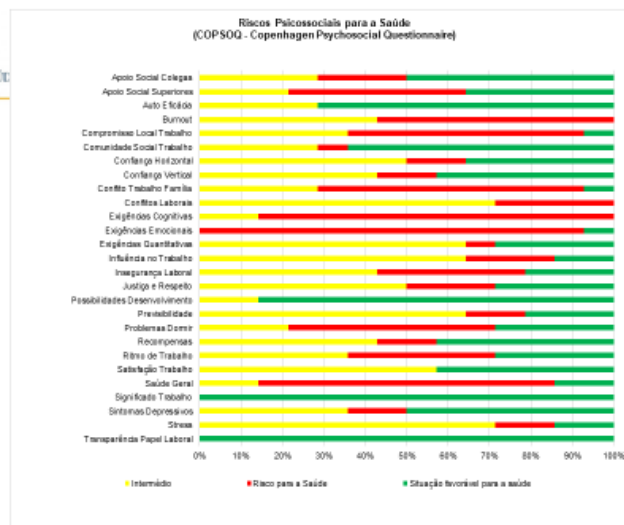
Dezembro de 2021

Resultados

Nº de itens	Amostra deste estudo (n=14)			Versão Portuguesa Carlas Silva (2006) (n=4162)			
	α	Média	Dp	α	Média	Dp	
Exigências Quantitativas	3	0,76	2,64	0,80	0,63	2,48	0,86
Ritmo de Trabalho	1	(a)	3,14	0,95	(a)	3,18	1,00
Exigências Cognitivas	3	0,30	3,95	0,50	0,60	3,79	0,71
Exigências Emocionais	1	(a)	4,43	0,85	(a)	3,42	1,15
Influência no Trabalho	4	0,60	2,77	0,72	0,70	2,83	0,89
Possibilidades de Desenvolvimento	3	0,50	4,33	0,67	0,76	3,85	0,81
Previsibilidade	2	0,06	3,32	0,85	0,72	3,23	0,92
Transparência do Papel Laboral	3	(b)	4,74	0,30	0,76	4,19	0,72
Recompensas	3	0,70	3,31	0,88	0,82	3,71	0,87
Conflitos Laborais	3	0,42	3,19	0,53	0,67	2,94	0,69
Apoio Social Colegas	3	0,94	3,52	1,11	0,71	3,44	0,77
Apoio Social Superiores	3	0,94	2,86	1,27	0,87	3,13	0,97
Comunidade Social no Trabalho	3	0,72	3,76	0,78	0,85	3,97	0,81
Confiança Horizontal	3	0,69	2,81	1,08	0,79	2,79	0,64
Confiança Vertical	3	0,72	3,50	0,86	0,70	3,60	0,60
Justiça e Respeito	3	0,75	3,19	0,92	0,79	3,37	0,81
Auto-Eficácia	2	0,79	4,11	0,76	0,67	3,90	0,67
Significado do Trabalho	3	0,20	4,81	0,25	0,82	4,03	0,72
Compromisso com o Local Trabalho	2	0,59	3,86	0,91	0,61	3,40	0,90
Satisfação no Trabalho	4	0,80	3,64	0,71	0,82	3,37	0,68
Insegurança Laboral	1	(a)	3,21	1,31	(a)	3,13	1,47
Saúde Geral	1	(a)	3,50	0,94	(a)	3,44	0,91
Conflito Trabalho-Família	3	0,72	3,55	0,78	0,86	2,67	1,05
Problemas em Dormir	2	0,97	3,39	1,40	0,84	2,46	1,05
Burnout	2	0,86	3,86	0,89	0,83	2,70	0,97
Stress	2	0,53	2,93	0,85	0,73	2,70	0,90
Síntomas Depressivos	2	0,87	2,36	1,20	0,60	2,35	0,91



(a) Não é possível calcular o Alfa de Cronbach, uma vez que a subescala é constituída por um único item.
(b) O valor é negativo devido a uma correlação média negativa entre itens.

Dezembro de 2021



Dezembro de 2021

Avaliação

Atividade	Indicadores de processo	Indicador de resultado
Sessão - Comunicação	Taxa de presença (16/22) 72%	Taxa de satisfação 
Sessão - Riscos Psicossociais	Tx de presença (14/22) 63%	Tx de satisfação 
Realizar 3 sessões de (meditação) (entidade externa)	Tx de sessões realizadas 100% Tx de presença(8/22) 36%	

Dezembro de 2021

Considerações finais

- ✓ A importância do papel do Enfermeiro na avaliação e prevenção dos Riscos Psicossociais
- ✓ Estarmos despertos para estes Riscos .
- ✓ Replicável para ser utilizado de forma a dar continuidade ao projeto reavaliação semestral
- ✓ Importante um olhar diferente para estes profissionais
- ✓ Psicólogo para observação destes profissionais em risco

Dezembro de 2021

Apêndice 14 - Proposta de Reavaliação do projeto

INFORMAÇÃO PROPOSTA

Avaliação dos riscos psicossociais dos Ajudantes de Ação Direta

Os riscos psicossociais são consequências de uma série de fatores que ocorrem no local de trabalho, que podem ser definidos como aqueles que ocorrem em contextos laborais, sociais ou ambientes e que têm probabilidade de causar danos psicológicos, sociais ou físicos na saúde dos trabalhadores.

Os riscos psicossociais resultam de uma série de fatores relacionados com a conceção, gestão e organização no trabalho, assim como de um contexto social. Os fatores de risco psicossociais podem ter impactos nocivos a nível de saúde mental, física e social.

Objetivo

Esta informação proposta tem como objetivo descrever a necessidade da continuidade ao projeto da USP (PAPI) Plano de apoio aos profissionais das instituições. Para dar resposta a este projeto foi elaborado um projeto de intervenção com o tema Riscos Psicossociais Avaliação e Prevenção. Projeto direcionado para os Ajudantes de Ação Direta das ERPIs entre setembro e dezembro de 2021.

Proposta

Reavaliação semestral dos Riscos Psicossociais dos Ajudantes de Ação Direta.

Execução

- ✓ Elaborar diagnóstico de situação através de aplicação questionários validados para avaliação dos Riscos Psicossociais dos trabalhadores. Neste projeto foi utilizado o COPSQ - *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*.
- ✓ Identificar os problemas após a análise dos mesmos.
- ✓ Determinar prioridades dos problemas e selecionar estratégias de intervenção de forma a dar resposta aos objetivos delineados.

Objetivos da reavaliação dos riscos psicossociais dos Ajudantes de Ação Direta

- ✓ Melhorar a saúde e bem-estar dos Ajudantes de Ação Direta
- ✓ Aumentar a motivação laboral
- ✓ Melhoria dos cuidados aos utentes das instituições
- ✓ Diminuição do absentismo laboral

Agradeço a colaboração e compreensão

Susana Gonçalves

Aluna de mestrado e especialidade em Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa

ANEXOS

Anexo 1 - *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* – COPSQ II. Versão média

QUESTIONÁRIO *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ – Versão Média*

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

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

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

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa 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 objetivos claros?					
19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exatamente 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?					
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?					
1 - Nunca/quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4 – Frequentemente 5- Sempre					
Em relação à sua chefia direta 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.					
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 objetivos.					
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 perspetivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					
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 afeta a sua vida privada:					
62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?					
63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?					
64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?					

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5 – Sempre					
Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...					
65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					
69. Irritado?					
70. Ansioso?					
71. Triste?					
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?					
Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:					
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?					

Muito obrigada pela sua colaboração

Anexo 2 - Questões cortadas do Questionário

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?					

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